Nr. 49. 4. grudnia 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Prof. Dr. Teofil ZALEWSKI. Lwów.

Walka z twardzielą.

Walka z jakąkolwiek chorobą zależy od wielu warunków. W walce z chorobą zakaźną mamy do wykonania dwa zadania: chorego mamy wyleczyć i zapobiec, by choroba nie przeniosła się na otoczenie.

To samo tyczy się twardzieli, którą uważamy za chorobę zakaźną.

Podnieść należy, że walka z ostrą chorobą zakaźną jest znacznie łatwiejszą niż z chorobą zakaźną przewlekłą. W przebiegu chorób zakaźnych ostrych występują dość szybko objawy, które zwracają uwagę na schorzenie, natomiast w przebiegu przewlekłych chorób zakaźnych, do których zaliczamy i twardziel, objawy zwracające uwagę występują późno i z tego powodu osobnik, dotknięty tą chorobą, przez dłuższy okres czasu może być dla otoczenia niebezpiecznym, nie zwracając na siebie uwagi i nie wiedząc, że jest nosicielem poważnej choroby.

Zwalczanie każdej choroby zakaźnej musi się opierać na szybkiem rozpoznaniu, na leczeniu osobników zakażonych i na zapobieganiu przenoszenia się z jednego osobnika na drugiego, przytem uwzględnić musimy też łatwość szerzenia się, t. j. łatwość przenoszenia się zakażenia.

Rozpoznanie twardzieli w początkowych stadjach choroby jest trudne. W wielu przypadkach charakterystyczne dla twardzieli zmiany występują bardzo późno, musimy się przeto często dla ustalenia rozpoznania uciekać do badań bakterjologicznych i serologicznych, jako też do badań drobnowidowych wyciętych tkanek. Fakt ten w znacznej mierze utrudnia szybkie rozpoznanie, badania bowiem anatomo-patologiczne, bakterjologiczne i serologiczne wymagają specjalnych urządzeń, które nie wszędzie można mieć do dyspozycji. Jeżeli do tego dodamy, że w większości przypadków pewne rozpoznanie kliniczne może być postawione tylko przez doświadczonego laryngologa, to zrozumieć łatwo, że w wielu przypadkach twardziel nie jest rozpoznaną.

Wczesne okresy twardzieli rozpoznajemy najczęściej przypadkowo, badając otoczenie chorych twardzielowych. Chorzy z twardzielą sami zwracają się do lekarza najczęściej dopiero wtedy, gdy wystąpią objawy, które dla chorego są uciążliwe i nieprzyjemne lub też niebezpieczne dla życia.

Zwracano uwagę z wielu stron, by lekarze praktycy zapoznali się z twardzielą, by tem łatwiej zwalczyć tę chorobę. Wymaganie to jest słuszne, trudne jednak do przeprowadzenia nawet w tych krajach, gdzie twardziel pojawia się częściej. Z tego też powodu musimy pogodzić się z tem, iż większość pewnych rozpoznań wychodzić będzie nadal z klinik i z oddziałów szpitalnych, odpowiednio wyposażonych.

Trudności w rozpoznawaniu wczesnych okresów twardzieli stanowią dużą przeszkodę w zwalczaniu tej choroby.

Co do leczenia, to obecnie posiadamy dość środków, które pozwalają nam prawie w każdym przypadku osiągnąć wyleczenie, — przynajmniej w takim stopniu, że pod względem klinicznym, bakterjologicznym i serologicznym należy przypadek uważać za wolny od zakażenia. Oczywista rzecz, *restitutio ad integrum* nie jest we wszystkich przypadkach możliwe. Zauważyć należy, że leczenie trwa bardzo długo, nieraz rozciąga się na miesiące i lata i z tego powodu jest kosztowne, a i po wyleczeniu przypadki muszą przez dłuższy okres czasu pozostać pod kontrolą lekarską. Długie i kosztowne leczenie, które wyjątkowo tylko może być przeprowadzone ambulatoryjnie, stanowi też znaczną przeszkodę w zwalczaniu twardzieli.

Dotychczasowe badania i spostrzegania wykazują zgodnie, iż zaraźliwość twardzieli jest niewielka. Fakt ten ma wielkie znaczenie dla skutecznej walki z twardzielą. Tylko niewielką zaraźliwością twardzieli możemy sobie objaśnić fakt, iż tak mało spotykamy przypadków twardzieli w jednej i tej samej miejscowości; a i zakażenia rodzinne nie należą do częstych.

Kilkakrotne badania bakterjologiczne służby i lekarzy Kliniki oto-laryngologicznej lwowskiej, którzy codziennie mają do czynienia z chorymi na twardziel dały dotąd zawsze wynik ujemny.

W walce z chorobą zakaźną niesłychanie ważną rzeczą jest poznanie dróg, któremi szerzy się zakażenie, poznanie sposobu przenoszenia się zakażenia z człowieka na człowieka. Niestety dotąd nie znamy dróg przenoszenia się zarazka twardzieli, nie jesteśmy nawet pewni, czy zakażenie przenosi się wprost z człowieka na człowieka, choć dotychczasowe spostrzegania każą to przypuszczać. Liczne poszukiwania G ą s i o r o w s k i e g o i jego uczniów poza człowiekiem zarazka twardzieli nie wykazały; badanie pyłu zebranego w izbach zamieszkałych przez chorych twardzielowych dały wynik ujemny. Z tego można wnosić, że zdolność życiowa zarazka twardzielowego poza organizmem ludzkim jest nieznaczna. Mała zaraźliwość twardzieli i mała żywotność zarazka twardzielowego poza organizmem ludzkim stanowi moment dodatni w walce z twardzielą.

Dotąd nie posiadamy pewnej statystyki twardzieli; statystyka zbierana przez towarzystwa naukowe nie może nam dać rzeczywistego obrazu rozpowszechnienia twardzieli; dlatego też liczby, przytaczane przez rozmaitych autorów, mają niewielkie znaczenie. Jedynie państwo, mając do dyspozycji odpowiedni aparat administracyjny, jest w stanie przeprowadzić możliwie dokładną rejestrację chorych.

Twardziel musi być zaliczona do chorób, co do których obowiązuje przymus donoszenia. Rejestracja chorych twardzielowych i stały nadzór nad nimi jest pierwszym warunkiem skutecznej walki z twardzielą. Ścisła rejestracja chorych da nam możność zorjentować się, czy ilość przypadków twardzieli powiększa się — czy też nie, da nam możność orjentacji co do rozmieszczenia twardzieli i rozprzestrzenienia się jej na tereny dotąd niezakażone. Rejestracja chorych jest prócz tego kontrolą nad skutecznością środków zastosowanych w walce z twardzielą.

Laryngolodzy wskazywali już dawno na konieczność rejestracji chorych twardzielowych i na konieczność nadzoru nad chorymi twardzielowymi; jedynie nadzór władz państwowych nad tymi chorymi może dać nam pewne dane o ich losie.

Najwięcej wartościowego materjału rejestracyjnego dostarczą, oczywista rzecz, kliniki i oddziały szpitalne, rozporządzające wszystkiemi środkami potrzebnemi do rozpoznania twardzieli, i na tym materjale przedewszystkiem oprzeć się musi państwo w walce z twardzielą. Do szpitali i klinik powinny być też odsyłane przypadki podejrzane i te przypadki, w których do ustalenia rozpoznania niezbędnem jest przeprowadzenie badań anatomopatologicznych, bakterjologicznych i serologicznych. Do szpitali i klinik powinni być skierowani celem dokładnego zbadania wszyscy ci, którzy pozostają w stałej styczności z zakażonym — przedewszystkiem rodzina i mieszkańcy tego samego obejścia. Tylko dokładne badanie kliniczne, bakterjologiczne i serologiczne są podstawą pewnego rozpoznania. Nietylko chory, lecz i ci, którzy znajdują się w styczności z chorym powinni przez czas leczenia znajdować się pod stałą kontrolą władz sanitarnych.

Dzięki usiłowaniom G e r b e r a i S t r e i t a, pierwsza rejestracja chorych twardzielowych została przeprowadzona swego czasu w Prusiech Wschodnich. Wedle rozporządzenia rządu pruskiego przedewszystkiem szpitale były obowiązane donosić władzom sanitarnym o każdym przypadku twardzieli.

Od dwóch lat istnieje w Polsce co do twardzieli obowiązek donoszenia. Wobec trudności rozpoznania twardzieli, szczególnie we wczesnych okresach — obowiązek donoszenia odnosi się właściwie do klinik, oddziałów szpitalnych i specjalistów. Tem niemniej wprowadzenie obowiązku donoszenia w całem państwie jest wielkim krokiem naprzód w walce z twardzielą. W ciągu dwóch lat zgłoszono w Polsce 221 przypadków twardzieli, większość przypadków pochodzi z południowo-wschodnich województw.

Wskutek stosunkowo niewielkiej ilości przypadków twardzieli nadzór państwa nad niemi nie jest trudny. Władze sanitarne są w możności zebrać najdokładniejsze dane o każdym przypadku i w ten sposób ustalić ilość żyjących przypadków twardzieli.

Rejestracja chorych twardzielowych i opieka władz sanitarnych nad nimi i ich otoczeniem jest podstawą walki z twardzielą.

Dla lepszego poznania epidemjologji twardzieli były przeprowadzone masowe badania ludności w miejscowościach zakażonych. Pierwsze takie badania przeprowadził S t r e i t w r. 1903

na terenie Prus Wschodnich. F e l d m a n n w r. 1924—1926 przeprowadził masowe badania na Białorusi. W latach 1930—1931 podobne badania przeprowadzone były w Polsce: na północy przez Klinikę otolaryngologiczną wileńską (S z m u r ł o), na południu przez Klinikę oto-laryngologiczną lwowską (Z a l e w s k i) i Państwowy Zakład Higjeny (G ą s i o r o w s k i). Badania były przeprowadzone pod względem klinicznym, bakterjologicznym i serologicznym. Z badań tych wynika, że zakażonych należy szukać w bezpośredniej bliskości przypadku twardzieli, przedewszystkiem między członkami rodziny i między mieszkańcami tego samego domu.

Przebadanie dokładne pod względem klinicznym, bakterjologicznym i serologicznym całej ludności zakażonych okolic jest nawet przy największym wysiłku niemożliwe. Dlatego sądzę, że w miejscowościach zakażonych badania ograniczyć należy do rodziny chorego i mieszkańców tego samego domu. Oczywista rzecz najodpowiedniejby było przeprowadzić badania te w dobrze urządzonych klinikach i szpitalach, do których badani powinni być skierowani.

Dla walki z twardzielą leczenie chorych twardzielowych ma podstawowe znaczenie; należy dążyć do tego, by każdy chory twardzielowy miał możność należytego leczenia się. W miejscowościach, w których twardziel występuje endemicznie, powinien znajdować się oddział oto-laryngologiczny, wyposażony we wszystkie urządzenia, konieczne do rozpoznania i leczenia chorych; do oddziałów takich powinny być też kierowane wszystkie przypadki podejrzane i wszyscy ci, którzy ze względu na stosunki z chorym, pozostają pod stałą opieką władz sanitarnych. Jakkolwiek zaraźliwość twardzieli jest nieznana, wskazanem jest umieszczenie chorych twardzielowych w osobnych pokojach. Chory może być uważany za wyleczonego dopiero wtedy, jeżeli badanie kliniczne, bakterjologiczne i serologiczne wypadnie ujemne.

Nie uważam za potrzebne, by chory przez cały okres leczenia, który zwykle jest bardzo długi, stale przebywał w szpitalu; między poszczególnemi zabiegami i serjami zabiegów chory może wrócić do domu, do swych zajęć codziennych; należy go jednak pouczyć, w jaki sposób ma się zachowywać, by nie zakazić otoczenia. Otoczeniu chorego należy zwrócić uwagę, że choroba jest zakaźną i że trzeba przestrzegać w życiu codziennem należytą czystość i stosować się do przepisów higjeny, by tem łatwiej ustrzec się przed zakażeniem. Przestrzeganie zwykłej higjeny osobistej, zdaje się wystarcza do uchronienia się od zakażenia. O tem świadczyłby fakt, że ani u służby, ani u lekarzy Kliniki oto-laryngologicznej lwowskiej, gdzie stale chorzy na twardziel przebywają, zakażenia dotąd nie stwierdzono. Stwarzania specjalnych skleromozorjów na wzór leprozorjów nikt chyba obecnie nie będzie żądał. Z większem uzasadnieniem możnaby żądać specjalnych zakładów i osiedli dla wielu innych chorób, które łatwiej się przenoszą z człowieka na człowieka i które przez to są znacznie groźniejsze dla zdrowia i życia. Byłoby jednak wskazane pewne ograniczenie wolności chorych na twardziel; emigracja chorych twardzielowych powinna być zakazaną, a zmiana stałego miejsca zamieszkania powinna być dozwolona tylko za pozwoleniem władz sanitarnych.

Przy stosunkowo niewielkiej ilości przypadków twardzieli walka z tą chorobą nie powinna natrafić na zbyt duże trudności. Obecnie znamy też chorobę lepiej i istnieje uzasadniona nadzieja, że i droga zakażenia wykrytą zostanie; nie jesteśmy też obecnie wobec tej choroby bezbronni, obecnie posiadamy środki, by chorobę doprowadzić do wyleczenia; dzięki przymusowi donoszenia władze sanitarne mogą być o losie każdego chorego dokładnie poinformowane. Zdaje mi się, że w walce z twardzielą weszliśmy na właściwą drogę; jestem przekonany, iż dzięki wysiłkom świata lekarskiego i władz państwowych chorobę tę zdołamy całkowicie opanować.

W n i o s k i:

1) Obowiązek donoszenia o przypadkach twardzieli należy wprowadzić we wszystkich państwach.

2) Każdy chory powinien mieć możność leczenia się. Leczenie powinno się odbywać na oddziałach szpitalnych, odpowiednio urządzonych.

3) Chory na twardziel i jego otoczenie powinno znajdować się pod stałą opieką władz sanitarnych. Chory może być uważany za wyleczonego, jeżeli badanie kliniczne, bakterjologiczne i serologiczne da wynik ujemny.

4) Odosobnienie chorych w osobnych zakładach lub osiedlach nie jest potrzebne; wskazanemby było jednak pewne ograniczenie wolności. Emigracja chorych na twardziel powinna być zakazana, a zmiana stałego miejsca zamieszkania powinna być dozwolona jedynie za zgodą władz sanitarnych.

5) Chorego, jako też otoczenie jego należy pouczyć, że twardziel jest chorobą zakaźną i że należy przestrzegać bezwzględną czystość, by ustrzec się przed zakażeniem i zapobiec dalszemu szerzeniu się tej choroby.

Dr. Stanisław LIEBHARDT, st. asyst. kliniki. Lwów.

O konstytucji płciowej kobiet.

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. B o c h e ń s k i.

Nowoczesna wiedza lekarska zdąża uparcie i konsekwentnie od neohumoralizmu, mającego swe źródło w olbrzymim rozwoju endokrynologji — ku neokonstytucjonalizmowi. Samo pojęcie konstytucji do niedawna prawie utożsamiane z zagadnieniem dziedziczności ulega obecnie wielkim przeobrażeniom i zasadniczym zmianom. Od determinizmu T a n d l e r a poprzez bardziej postępowego M a t h e s a idzie ewolucja konstytucjologji w coraz szybszem tempie aż do najbardziej nowoczesnego A s c h n e r a.

T a n d l e r twierdzi, że konstytucja danego człowieka jest definitywnie przesądzona w chwili zapłodnienia. Uważa zatem, że o konstytucji rozstrzygają tylko wpływy endogenne, działające w czasie i do czasu zapłodnienia, natomiast zupełnie bez znaczenia mają być wpływy egzogenne, działające podczas całego życia osobnika. Wszystkie cechy nabyte nazywa kondycją. Stwarza więc tem samem pojęcie *fatum* somatycznego, czegoś niezmiennego, stojącego poza klimatem, rasą i wszelkiemi wpływami zewnętrznemi. Czy jednak da się chociażby tylko w przybliżeniu oddzielić praktycznie wpływy endo od egzogennych? Czy mamy jakieś sposoby, służące do poznania czynników predystynujących konstytucję w chwili łączenia się chromosomów i czy wogóle jesteśmy w stanie je uchwycić i wyosobnić? Odpowiedź przecząca jest zawarta już w samych pytaniach. Widzimy jasno, że Tandler wyszedł z oderwanych od życia założeń, abstrakcyjnych, przez co stworzył fikcyjną definicję konstytucji bez możności praktycznego jej zastosowania.

M a t h e s, jeden z najtęższych ginekologów-konstytucjonalistów ubiegłego lat dziesiątka, widzi zupełnie jasno wszystkie nierealne strony teorji Tandlera, zwalcza je szeregiem ważkich argumentów, nazywa nawet takie ujmowanie konstytucji świadomem zafałszowaniem rzeczywistości. Niemniej jednak uważa za słuszne i celowe zatrzymanie tej definicji przynajmniej czasowo — do czasu udoskonalenia metod badania człowieka. V a i h i n g e r porównuje to abstrakcyjne ujęcie konstytucji z pojęciem atomu, które aczkolwiek fikcyjne i niesprawdzalne, niemniej jednak oddaje fizykom i chemikom doskonałe usługi jako punkt wyjścia do dalszych ścisłych rozważań. Jednakże i to rozumowanie jest oparte na błędnych przesłankach.

Doświadczenia kliniczne i obserwacje kobiet, przeprowadzane przez czas dłuższy, uczą nas czegoś zupełnie odwrotnego, a mianowicie, że konstytucja kobiety jest do pewnego stopnia rzeczą zmienną nawet w stosunkowo krótkim czasie. S t o ł y h w o stwarza nawet termin konstytucyj zmiennych *(c. variabilis)*, twierdząc, że konstytucje zmienne, w przeciwieństwie do konstytucyj ustalonych czyli typów rasowych, zwłaszcza wskutek silnego podporządkowania się wpływom środowiska zewnętrznego i czynnikom funkcjonalnym, są elementami bardzo plastycznemi i w pewnych okolicznościach mogą ulegać nawet zasadniczemu przekształceniu — w ciągu życia danego osobnika. Obserwując przez czas dłuższy szereg kobiet z punktu widzenia konstytucjonalnego, stwierdziłem niejednokrotnie zupełnie zasadniczą zmianę konstytucji po przejściu jakiejś choroby lub pod wpływem odbytego porodu. Jedna z chorych, która przed porodem wykazywała wszystkie cechy typu tarczycowego: szczupła (51 kg), bardzo ruchliwa, emocjonalna, o wzmożonej przemianie spoczynkowej, o obfitych miesiączkach z przyśpieszonem tętnem i t. d., w rok po porodzie okazywała wszystkie cechy niedomogi tarczycy, o typie kobiety wybitnie otyłej (118 kg), ociężałej z obniżoną przemianą gazową i zupełnie innym charakterem miesiączkowania *(oligo — i opso-menorrhoea)*. Mógłbym podobne przykłady mnożyć w nieskończoność, wszystkie one świadczą o tem, że konstytucja kobiety jest rzeczą płynną i zmienną.

Poza tem zagadnienie konstytucji nie powinno być tylko wytworem teoretycznych spekulacyj, lecz ma służyć niejednokrotnie do łatwiejszego ustalenia rozpoznania, rokowania, unikania i leczenia chorób. Dlatego też A s c h n e r zrywa definitywnie z patologją komórkową (Virchow), wszechwładną do niedawna panującą, zarzuca metodę wyłącznego oparcia o anatomo-patologiczne

ujmowanie sprawy i przyjmuje, że etjologja wielu chorób ma swe źródło nietylko w czynnikach zewnętrznych, ale i — to przedewszystkiem — w jakości i rodzaju organizmu a więc w jego konstytucji.

Z powyższych rozważań wyłania się pytanie, co należy uważać za cechę konstytucjonalną. Szereg najbardziej charakterystycznych cech somatycznych, psychicznych i objawów czynnościowych, powtarzających się — mimo osobniczej różnorodności człowieka — u większej liczby ludzi, zaliczymy do rysów konstytucjonalnych. Suma wyżej wspomnianych cech, tworząc pewną charakterystyczną całość, rozstrzyga o takiem, czy innem oddziaływaniu danego osobnika na wpływy zewnętrzne, na przebieg chorób i rozmaitych zaburzeń funkcjonalnych kobiety. Ścisłe określenie konstytucji jest rzeczą bardzo trudną, jakoże konstytucja nie jest — jak mówi Mathes — czemś uchwytnem materjalnem, natomiast jest czemś, co oplata i przepaja cały ludzki organizm i wymyka się wszelkim badaniom ścisłym. Mathes dodaje — nie bez słuszności — że konstytucji nie da się nigdy tak ściśle ustalić i określić, jak np. zawartość kwasów w jakimś roztworze.

Jakie cechy somatyczne, jakie objawy ze strony organizmu i wreszcie jakie grupy zjawisk czynnościowych będziemy uważać za konstytucjonalne, a co zatem idzie, weźmiemy za podstawę rozważań nad konstytucją kobiety. Zagadnienie powyższe najbardziej nowocześnie ujął Aschner. Chcąc uniknąć wszelkich nieporozumień, pragnę zaznaczyć, że będę rozpatrywał konstytucję kobiety ściśle ze stanowiska ginekologa. Dlatego też jako podstawę wszystkich dociekań, jako też późniejszego podziału na typy konstytucjonalne uważam stan narządu rodnego i gruczołów płciowych. W tem założeniu ma swoje źródło inne do pewnego stopnia podejście do tematu i nieco odmienna klasyfikacja typów.

Będziemy brali pod uwagę następujące grupy cech konstytucjonalnych:

I. Stan narządu rodnego kobiety, a więc stosunki anatomiczne, dotyczące pochwy, macicy i przydatków. Wiemy dokładnie, że rozwój narządu rodnego niezawsze idzie w parze z rozwojem całego organizmu, dlatego też będziemy musieli różniczkować pewne typy konstytucjonalne stosownie do danych anatomicznych i ich stosunku do ustroju danej kobiety.

II. Cechy trzeciorzędne (owłosienie, rozwój sutków, rozłożenie barwika).

III. Cechy czynnościowe narządu rodnego (czas, nasilenie i charakter miesiączkowania, przebieg ciąży i porodu, zachowanie się w okresie pokwitania i przekwitania).

IV. Stan układu wkrewno-wegetatywnego ze specjalnem uwzględnieniem t. zw. gruczołów płciowych. Idzie tutaj nietyle o jakieś badania pracowniano-doświadczalne, ile o określenie stanu inkretologicznego i układu wegetatywnego w danej chwili, na podstawie cech somatycznych, wywiadów i zapodanych objawów czyli o oznaczenie t. zw. formuły inkretologicznej i wegetatywnej. Jako jeden z pierwszych oparł się na gruczołach wkrewnych w celu oznaczania typów konstytucjonalnych Sochański. System swój zbudował jednak z punktu widzenia internisty, dlatego też poszedł nieco odmiennemi drogami, jak my iść zamierzamy.

V. Grupa cech objętych przez Aschnera nazwą kompleksji (kolor włosów, oczu i skóry) odgrywające dużą rolę w klasyfikacji poszczególnych typów konstytucjonalnych.

VI. Budowa ogólna kośćca i mięśni (specjalnie budowa miednicy małej). Stosunek poszczególnych rozmiarów części ciała do siebie.

VII. Napięcie tkanek *(tonus)* i sposób reagowania tkanek na zewnętrzne bodźce, mające niejednokrotnie rozstrzygające znaczenie w ustaleniu danego typu, specjalnie jeżeli idzie o astenję.

VIII. Temperament jako jedna z cech, którą stworzył Aschner, kładąc specjalny nacisk na tę grupę przejawów raczej psychicznych kobiety, wynikających jednak z przesłanek ściśle somatycznych.

Przystępując do podziału i klasyfikacji poszczególnych typów konstytucjonalnych musimy wyjść od pojęcia normalnego typu kobiety czyli od t. zw. idealnej kobiety. Neokonstytucjonalizm jest prawie jednomyślny co do tego, co należy uważać za typ kobiety normalnej. Ma to być typ kobiecy *par excellence* — najprawdziwsza z prawdziwych kobiet (Galant). Są to kobiety stojące na najdalszym biegunie całej skali typów przedstawiających typ płciowo najbardziej zróżnicowany. Narząd rodny prawidłowy, działanie jajników normalne raczej energiczne, stąd regularne nawet obfite perjody. Płodność bardzo znaczna. Cechy trzeciorzędne wyraźnie zaznaczone, owłosienie tylko w miejscach predylekcyjnych. Włosy i oczy raczej jasne, wzrost raczej niski niż wysoki, naogół raczej pulchne niż szczupłe. Typ inkretologicznie normalny, w równowadze ogólnej z energiczną czynnością jajników, przez co okres pokwitania i przekwitania łagodny, ciąża i porody łatwe i bez powikłań. Budowa kośćca i mięśni delikatna, skóra miękka, elastyczna, o dobrem napięciu, podściółka tłuszczowa harmonijnie rozłożona, miednica szeroka, prawidłowa. Temperament spokojny — pobudliwość nieduża przy zupełnie prawidłowem odczuwaniu aktu płciowego. Psychicznie łagodne, raczej bierne — praktycznie gospodarne, dobre matki i dobre żony. Typ ten nazwiemy zgodnie z terminem ogólnie przyjętym typem pyknicznym.

Czystych typów pyknicznych spotykamy w życiu bardzo mało. Dlatego też Rauchmann, przeprowadzając zestawienie wszystkich typów i wyprowadzając przeciętną, zupełnie inny typ kobiety uważa za normalny. Ten sam błąd popełnia Rosner, identyfikując typ przeciętny z typem normalnym. Słusznie bowiem podnosi Stołyhwo, że cechy charakterystyczne, a więc normalne dla pewnych typów, bardzo często przypadają nie w pobliżu średniej skali wahań danej cechy, lecz przeciwnie nieraz nawet na krańcach rozpiętości tej skali. Typ kobiety najbardziej kobiecej nie może być zatem typem najczęściej się powtarzającym, lecz musi być właśnie raczej na skrajnem skrzydle konstytucjonalnej skali.

Typem natomiast bardzo częstym jest typ interseksualny. Sam termin wskazuje, że idzie tu o domieszkę cech somatycznych, a nawet psychicznych męskich, innemi słowy typ interseksualny jest wynikiem niedostatecznego płciowego zróżnicowania osobnika (Mathes). Jest zresztą rzeczą nie do pomyślenia, żeby przy tak olbrzymiej różnorodności typów ludzkich można było znaleźć czysty typ kobiecy bez żadnych domieszek męskich i naodwrót. Do pewnego stopnia wszyscy — jak twierdzi Mathes jesteśmy interseksualni. Chodzi tutaj jednak o szereg charakterystycznych cech męskich, wyraźnie zaznaczonych u pewnych kobiet, które składają się na obraz typu interseksualnego.

Narząd rodny interseksualnych przeważnie hipoplastyczny, aczkolwiek nie można uważać tego za regułę. Macica często z charakterystycznem nadmiernem przodozgięciem, miesiączkowanie o typie więcej oligo- i opsomenoroicznym, często bolesne. Płodność wybitnie upośledzona. Cechy trzeciorzędne płciowo zaznaczone, owłosienie w miejscach właściwych dla mężczyzn (uda i podudzia, klatka piersiowa, brzuch i t. d.). Niepodobna przejść do dalszego opisu tego typu nie poświęciwszy słów kilku jednej z najbardziej charakterystycznych cech interseksualizmu, jaką jest nadmierne uwłosienie. Spotykamy je zawsze wtedy, kiedy czynność jajników ulega pewnemu osłabieniu lub zgoła zanikowi, a więc w okresie przekwitania, kiedy to tak często spotykamy wąsy i włosy na brodzie u staruszek, u któ ych zresztą w czasie dojrzałości płciowej tego wszystkiego nie było. Spotykamy również hipertrichozę po sztucznej kastracji (obserwacja własna) tak operacyjnej jak i rentgenowskiej. Znaną jest także hipertrichoza ciąży (Halban). Bardzo ciekawe nadto obserwacje poczyniliśmy w związku z powyższem zagadnieniem u młodych kobiet typu interseksualnego, które wskutek utraty perjodu porastały we włosy na całem ciele i to do tego stopnia, że zgłaszały się z tem jako z zasadniczem cierpieniem. Znam przypadek, w którym wskutek leczenia hormonalnego zaczęły wypadać i znikać włosy nagromadzone w nadmiarze na piersiach i na plecach wraz z pojawiającą się miesiączką, poczem powracały znowu w chwili wystąpienia braku miesiączki. Trudno więc zaprzeczyć, że istnieje jakiś związek między czynnością jajników a nadmiernem owłosieniem, przyczem należy uwzględnić dysfunkcję partji korowej nadnerczy, która odgrywa ważną rolę w nasileniu i umiejscowieniu uwłosienia. Kobiety interseksualne są wzrostu przeważnie wysokiego (długie kości specjalnie nóg) mają włosy i oczy raczej ciemne, są raczej szczupłe niż otyłe. Inkretologicznie dominuje u nich nadczynność tarczycy przy równoczesnej niedomodze jajnika i przysadki mózgowej, która jest przyczyną całego szeregu zaburzeń gruczołów wkrewnych, specjalnie w okresach dla kobiety przełomowych jak w okresie pokwitania, przekwitania, ciąży. System nerwowy wegetatywny bardzo wrażliwy z przewagą wagotonji. Budowa kości i mięśni bardziej solidna o ostrych zarysach, miednica zwykle ścieśniona, barki szerokie, zamknięcie przestrzeni międzyudowej niekompletne (Mathes). Kobiety tego typu wyglądają zawsze poważniej i starzej niż typów innych z wyjątkiem typu atletycznego. Temperament interseksualnych jest raczej zewnętrzny aniżeli wynikający z potrzeb organizmu. Stąd interseksualna jest pobudliwa, żywa, emocjonalna, o temperamencie rzucającym się w oczy, lecz raczej zewnętrznym, pożądająca mężczyznę więcej z ciekawości i dla kaprysu niż z istotnej potrzeby. Natomiast największy odsetek kobiet dotkniętych „dyspareunją" dotyczy interseksualnych, co należy położyć na karb hipogenitalizmu. Usposobienie tego typu jest apodyktyczne, przeważa chęć narzucenia wszystkim swojej woli, zachowanie często kapryśne, nierzadko dokuczliwe. Typ urody niepokojącej, podobający się na pierwszy rzut oka, przeciętnie oryginalniejszy od pykniczek.

W Polsce rozporządzamy specjalnie dużym materjałem interseksualnych, jakoże najwięcej interseksualnych spotykamy wśród żydówek i to — jak słusznie podkreśla Aschner wśród polskich żydówek.

Na pograniczu interseksualnych i pykniczek stoi typ atletyczny, który nie stanowi tak ściśle i jasno określonego typu jak wyżej wymienione. Przeciwnie daje tyle form mieszanych, przejściowych i wzajemnie skomplikowanych, że w wielu wypadkach trudno wyosobnić i zdefinjować tę grupę konstytucjonalną.

Narząd rodny atletyczek jest przeważnie niedorozwinięty, czynność jajników niezbyt energiczna, perjody regularne, lecz skąpe — często bolesne. Płodność nieznaczna. Cechy trzeciorzędne normalne, nadmierne uwłosienie prawie równie tak częste jak u interseksualnych. Typ inkretorycznie stosunkowo jednolity z dominującą nadczynnością nadnerczy i przysadki, stąd nieraz nazywany typem nadnerczowym. Budowa kośćca i mięśni masywna, duże a przedewszystkiem grube kości, mięśnie rozwinięte prawie jak u mężczyzny. Brak wszelkich dla kobiety charakterystycznych zaokrągleń wskutek źle rozmieszczonej podściółki tłuszczowej. Ostre kańciaste kształty ciała, skóra twarda, ciemna, obszerne jamy ciała. Usposobienie wybitnie męskie, bardzo zresztą mało pobudliwe, a skłonne do sentymentu. Bardzo często zdają sobie sprawę z braku kobiecości i odczuwają to przykro. Przeważnie niepłodne, tęsknią do dziecka. Jako pracownice i gospodynie niestrudzone, nigdy niezmęczone z dużą energją wykonują swój zawód. Chorują nader rzadko. Jako wzór takiego typu przytacza Mathes gospodynie z zajazdów w Tyrolu — u nas często spotykamy atletyczki wśród przekupek miejskich i nieraz u ludu wiejskiego.

Przeciwieństwem typu atletycznego są typy asteniczny i infantylny. Są to typy mające swe zródło w zatrzymaniu się danego organizmu lub tylko jakiejś części w pewnem stadjum rozwoju. Niekiedy ich mniejszowartościowość jest wypływem czynników egzogennych, trybu i warunków życia, a więc domestykacji. Obydwa te typy tak się nawzajem krzyżują i mieszają, a w większości przypadków równocześnie obok siebie występują, że trudno się dziwić Mathesowi, który je obejmuje wspólną nazwą astenicznego infantylizmu lub też Bauerowi określającego je jako *status degenerativus*.

Aczkolwiek astenja nie występuje nigdy w czystej postaci, to jednak dadzą się wyosobnić pewne dla niej charakterystyczne rysy. Narząd rodny i cechy płciowe trzeciorzędne są w astenji nietypowe zależnie od tego, czy dana asteniczka grawituje więcej do interseksualnej pykniczki, czy też infantylnej. Formuła inkretologiczna wybitnie niestała, cały system gruczołów wkrewnych chwiejny, raczej w hipofunkcji, bardzo często jednak w dysfunkcji. Niedomoga tarczycy, jajników i nadnerczy bardzo częsta. System wegetatywny nerwowy również chwiejny, bardzo czuły na wszelkie bodźce zewnętrzne i bardzo łatwo się wyczerpujący z powodu prawie zupełnego braku odporności. Stąd usposobienie bardzo nerwowe, graniczące nieraz z depresją, mała wytrzymałość na trudy życiowe, szybkie uleganie każdej drobnostce i poddawanie się zniechęceniu. Prawie zawsze słaba wola i minimalna chęć czynu. Jako cecha najbardziej może charakterystyczna somatycznie to bardzo złe napięcie organów wewnętrznych, mięśni skóry i wogóle wszelkich tkanek, a w związku z tem nieodstępni towarzysze astenji: opadanie trzew, atonja ogólna i dyspepsja nerwowa. Budowa kośćca i mięśni słaba, odporność na cały szereg schorzeń minimalna.

Od astenji do infantylizmu już tylko krok — o bardzo nieznacznej linji demarkacyjnej. Jak już wyżej wspomnieliśmy, infantylizm jest wynikiem zatrzymania się całego ustroju, czy też pewnych tylko organów na pewnym stopniu rozwoju i to tak pod wpływem czynników wewnętrznych jak i zewnętrznych. Stosownie do powyższej definicji możemy mieć typ infantylny uniwersalny i częściowy, ograniczający się do pewnych tylko organów, czy też grup organów. Pierwszego typu w czystej formie prawie nie spotykamy, drugi jest u kobiet stosunkowo nawet częsty, kilkakrotnie częstszy niż u mężczyzn. Aschner tłumaczy to tem, że kobieta wogóle w swoim rozwoju mało oddala się od dziecka, niepomiernie mniej jak mężczyzna.

Narząd rodny hipoplastyczny, macica mała o nadmiernem zgięciu ku przodowi lub w tyłopochyleniu, stosunek części pochwowej do ciała macicy mniej więcej jak 2:1. Sklepienie płytkie, ujście zewnętrzne często wybitnie wąskie. Miesiączki rzadkie, niejednokrotnie bolesne. Płodność nieznaczna. Cechy płciowe trzeciorzędne zaledwie zaznaczone. Infantylne są wzrostu przeważnie niskiego, szczupłe o drobnej twarzy, najczęściej o jasnych włosach i niebieskich oczach (Aschner). Formuła inkretologiczna zupełnie analogiczna do wyżej opisanej u asteniczek. Wybitna niedomoga jajników, nadto tarczycy i przysadki idzie w parze z chwiejnością systemu nerwowego wegetatywnego. Kobiety tego typu wyglądają zawsze młodziej niż kobiety innych typów. Temperament raczej flegmatyczny, płciowo mało wrażliwe i pobudliwe, nadto bardzo nerwowe aż do objawów wyraźnej histerji, która często nie jest niczem innem jak wynikiem zatrzymania się psychicznego rozwoju kobiety na stopniu dziecięcym.

Osobnym poddziałem infantylizmu jest stan limfatyczno-grasiczy, przyczem należy zaznaczyć, że system limfatyczny w opisywanym typie wysuwa się na pierwszy plan. Ponieważ infantylizm występuje najczęściej pod wpływem domestykacji a więc raczej z przyczyn zewnętrznych, największy procent infantylnych spotykamy w wielkich miastach.

Pozostaje jeszcze duża grupa kobiet z bardzo charakterystycznemi cechami, których nie mogę zaliczyć do żadnego z wyżej opisanych typów. Narząd rodny u tych kobiet niedorozwinięty, jajniki działają niezbyt energicznie, prowadząc do oligo — opso — a nieraz nawet amenorei. Cechy trzeciorzędne zupełnie prawidłowe. Nadmierne uwłosienie występuje rzadko. Cechą charakterystyczną dla tej grupy jest otyłość typu przysadkowego. Inkretologicznie dominuje niedomoga przysadki mózgowej i to płatu przedniego, nadto niedomoga jajników i względna niedomoga tarczycy. Płodność wyraźnie obniżona. Budowa kośćca i mięśni bez specjalnych, uwagi godnych zmian, skóra mało elastyczna, jakby podminowana. Usposobienie powolne, flegmatyczne, nawet leniwe, pobudliwość płciowa prawie żadna, dyspareunja należy nieledwie do reguły. Psychicznie raczej pogodne, nieszczęśliwe z powodu braku potomstwa. Bardzo skłonne do chorób przemiany materji i mało odporne. Typ ten nazwałbym typem przysadkowym, dla głównej dominanty inkretologicznej, jaką jest przysadka mózgowa.

Żaden z wyżej opisanych typów nie występuje nigdy w czystej, idealnej postaci. Między poszczególnemi typami istnieje niemal tyle przejść, kombinacyj i odcieni, ile jest ludzi. Rozstrzyga przy ocenie konstytucji przewaga pewnych cech u danego osobnika. Stąd pochodzi pojęcie mieszanych typów konstytucjonalnych, które w każdej klasyfikacji i w każdym systemie muszą mieć miejsce. Galant w swoim nowym podziale stara się usunąć te typy mieszane, jednak wskutek wprowadzenia wielkiej liczby grup a specjalnie podgrup stwarza właśnie usystemizowany szereg typów mieszanych. Winniśmy jednak pamiętać, że podział na grupy konstytucjonalne nie ma być schematem w szufladki poukładanych papierowych tworów, lecz ma służyć nowoczesnej medycynie tak w unikaniu pewnych chorób, czy też powikłań ze strony obserwowanego organizmu jak i w rozpoznaniu, stawianiu rokowania a nawet leczeniu. Te właśnie cztery zadania są naczelnem zagadnieniem neokonstytucjonalizmu: od teorji i teoretycznych rozważań do praktycznego zastosowania i pożytecznego wyzyskania teoretycznych przesłanek.

PRACE ORYGINALNE.

Władysław ELMER. Lwów.

Badania przemiany jodu w ustroju ludzkim.

I.

Zachowanie się jodu we krwi i wydzielanie jego moczem po jednorazowem dożylnem wlaniu jodu nieorganicznego w przypadkach prawidłowej tarczycy (w eutyreozach).

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. M. Franke.

Badania nad wydzielaniem jodu moczem po wprowadzeniu do ustroju jodu nieorganicznego są stosunkowo dość liczne (Anten (1), Buchholz (2), Cobet (3), Fellenberg (4), Veil i Sturm (5), Tsiuko Ibuki (6), Scharrer (7) i i.), gdy badania nad zachowaniem się jodu we krwi są skąpsze i nowszej daty (Buchholz, Cobet, Veil i Sturm, Scharrer, Maurer i Ducrue (8)). W badaniach tych obciążano jednak ustrój przeważnie zbyt dużemi dawkami.

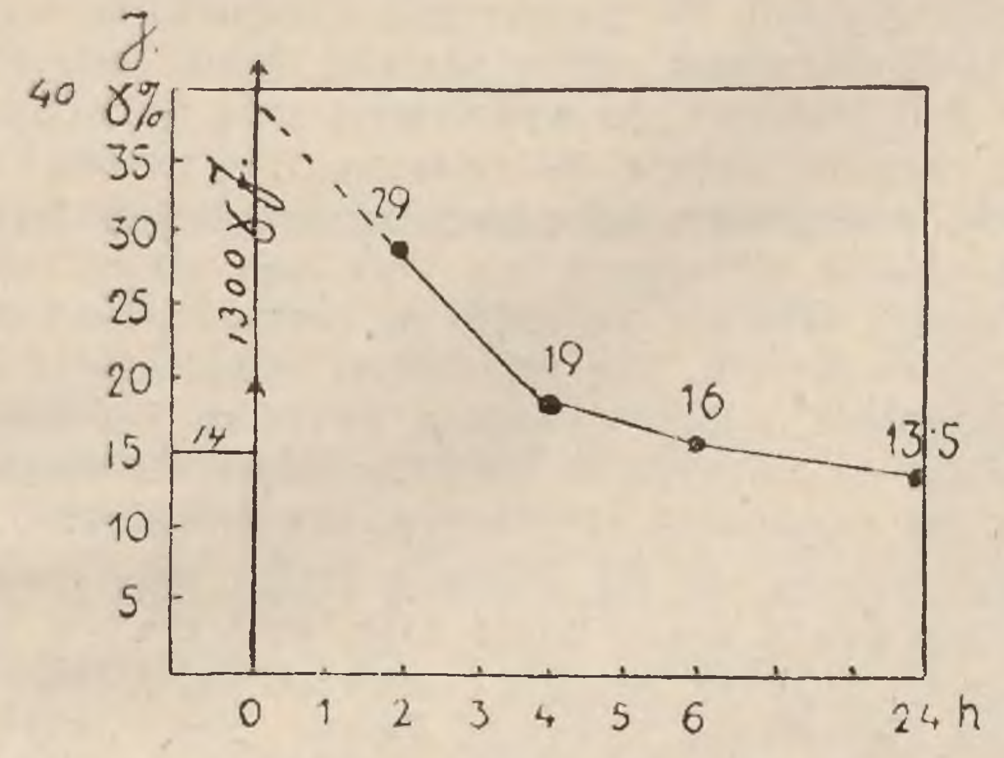
W niniejszej pracy, której celem było śledzenie zachowania się jodu we krwi i w moczu po doprowadzeniu jodu nieorganicznego do ustroju i to w warunkach bardziej fizjologicznych, stosowaliśmy dawki stosunkowo niewielkie, na drodze dożylnej. Z klasycznych badań Sturma (9) nad przemianą jodu w tarczycy wyosobnionej wynika, że duże dawki jodu nieorganicznego, które podniosą stężenie jodu we krwi powyżej 400—500 γ %, działają odmiennie, niźli małe dawki. Tarczyca bowiem wychwytuje i zatrzymuje jod podany w małych dawkach, w większych zaś dawkach nietylko go nie zatrzymuje, ale wyrzuca nadto swój własny jod. Z tego powodu stosowaliśmy w naszych doświadczeniach małe dawki jodu

nieorganicznego, a mianowicie wynoszące około 1,300 γ [1]) w postaci KJ. Chcieliśmy przez to uzyskać stężenie jodu we krwi około 10-ciokrotnie niższe od stężenia 400 względnie nawet 300 γ %. Wstrzyknięcie 1300 γ J człowiekowi dorosłemu dałoby przy ilości *ca* 5 l krwi stężenie jodu we krwi około 26 γ %, co wraz ze stężeniem prawidłowem krwi, wynoszącem *ca* 8—18 γ % wyniesie 34—44 γ %. Dożylne wlewanie jodu pozwala nam uniknąć wpływu ubocznych czynników, zależnych od stanu przewodu pokarmowego, które właśnie mogą grać rolę przy podaniu doustnem. Dawkę 1300 γ jodu stosowaliśmy też z tego względu, ponieważ odpowiada ona zawartości jodu w 2 mg tyroksyny i pozwoli nam porównać wyniki bieżących badań ze spostrzeżeniami, które poczyniliśmy wspólnie z B o e'm nad zachowaniem się jodu we krwi i w moczu po wlaniu dożylnem tyroksyny (10).

W badaniach naszych posługiwaliśmy się mikrometodą oznaczenia jodu wypracowaną przez nas (11).

Zachowanie się jodu we krwi.

Po oznaczeniu jodu we krwi naczczo wlewaliśmy śródżylnie 1300 γ jodu nieorganicznego i następnie oznaczaliśmy jod we krwi po upływie 2-ch, 4-ch, 6-ciu i 24-ch godzin. Krzywa Nr. 1.



Krzywa 1.
Zachowanie się jodu we krwi przed i po wlaniu dożylnem 1300 γ jodu nieorganicznego w przypadku prawidłowym.

przedstawia typowe zachowanie się poziomu jodu we krwi po obciążeniu u eutyreotów. Widzimy, że poziom jodu po upływie 2-ch godzin utrzymuje się jeszcze na dość znacznym poziomie, po upływie 4-ch godzin wybitnie opada i po 6-ciu godzinach dochodzi prawie do punktu wyjściowego, na którym utrzymuje się również po upływie 24-ch godzin. Ten charakter krzywej, wykazujący tak szybkie znikanie jodu wstrzykniętego z krwiobiegu, świadczy, że ustrój prawidłowy rozporządza sprawnie działającą regulacją jodu. Sprawność ta występuje też, jakkolwiek w mniejszym stopniu, po obciążeniu niepomiernie większemi dawkami, jak to wykazali Buchholz, Veil i Sturm. Buchholz stwierdził, że w 30 minut po podaniu doustnem 2 g KJ występowało najwyższe stężenie jodu we krwi, a po upływie 24-ch godzin nie mógł już wogóle wykazać jodu we krwi. Doświadczenie to niewątpliwie wykazuje, że nawet po zastosowaniu tak wielkich ilości jodu, znika on szybko z krwiobiegu. Oczywiście o zupełnem zniknięciu jodu z krwi po upływie 24-ch godzin nie można mówić; brak bowiem jodu we krwi był wynikiem mało czułej metody stosowanej przez autora. Świadczy o tem zresztą doświadczenie Veila i Sturma, którzy po podaniu czterokrotnie mniejszej dawki (0.5 g KJ co równa się *ca* 370,000 γ J) stwierdzili, że po upływie 2-ch godzin, poziom jodu we krwi wynosił około 1300 γ %, po upływie zaś 6-ciu godzin 430 γ %, a po upływie 24-ch godzin utrzymywał się jeszcze na wysokości 30 γ %. Maurer i Ducrune badali również przebieg krzywej jodu we krwi po podaniu doustnem i domięśniowem. Przebieg krzywej jodu, szczególnie u zwierząt, odbiega wybitnie od charakteru krzywej u ludzi. Trudno nam wytłumaczyć tę różnicę. Scharrer opierając się na swych badaniach, w których oznaczenia wykonano tylko w dłuższych odstępach czasu, stwierdza również szybkie znikanie jodu we krwi po podaniu doustnem dużych dawek jodu nieorganicznego.

Wyniki porównawcze zachowania się krzywej jodu we krwi po wlaniu dożylnem jodu nieorganicznego i tyroksyny:

Porównując wyniki badań, wykonanych wspólnie z Boem nad zachowaniem się jodu we krwi po wlaniu dożylnem 2 mg tyroksyny, z wynikami przebiegu krzywej po wlaniu jodu nieorganicznego, w dawkach sobie odpowiadających (t. j. 1300 γ), możemy zauważyć, że charakter obu krzywych we krwi jest mniej więcej jednakowy. Badania te zdają się wskazywać na to, że przebieg krzywej jodu we krwi po wlaniu dożylnem jest mało zależny od postaci jodu stosowanego.

Wydzielanie jodu moczem:

Badania nad zachowaniem się jodu w moczu wykonywaliśmy przez okres 3-ch dni. Przez okres 1-szej doby zbierano mocz i oznaczano jod. Przez okres 2-giej doby po wlaniu dożylnem 1300 γ jodu zbierano mocz w odstępach godzinnych przez okres 6-ciu godzin, oraz mocz z reszty doby. Celem uzyskania lepszej diurezy podawano co 1—2 godziny szklankę wody. Należy zaznaczyć, że podawanie większej ilości wody nie zmienia wydzielania jodu (Fellenberg). Wreszcie zbierano mocz z następnej doby.

W przypadku S. lat 37, u której podstawowa przemiana materji wynosi — 8% a jod we krwi 14 γ % (eutyreoza), wykonano badanie w sposób powyżej omówiony.

Tablica I.

Wydzielanie jodu moczem przed i po wlaniu dożylnem 1300 γ J.:

Data	Czas w godz.	Ilość moczu w cm³	J w γ %	J absolutny w γ	% wydzielonego jodu w stosunku do wstrzykniętego
8. V.	24	1230	2.5	30.75	—
9. V.	wstrzyknięto 1300 γ J nieorganicznego (KJ) dożylnie.				
	1	105	48	50.4	—
	2	350	11	38.5	—
	3	55	46	25.3	—
	4	300	12.5	37.5	—
	5	65	45	25.25	—
	6	125	17.5	21.87	—
	Razem	1000		198.82	14.5
	Reszta doby	500	25	125.0	
	24 godziny	1500		323.82	22.4
10. V.	24	1340	3	40.2	—

Z tablicy powyższej widać, że wydzielanie jodu zaznacza się szczególnie w pierwszych 6-ciu godzinach, niemniej jest wybitne i w późniejszych godzinach, a po upływie 24 godzin wydzielanie jodu wstrzykniętego prawie ustaje. W trzeciej dobie stosunki wydzielnicze jodu przedstawiają się prawie tak samo, jak w dobie pierwszej. Jeśli chodzi o odsetkowe wydzielanie jodu wstrzykniętego, to w ciągu doby wynosi ono 22.4% (323.8—30.75 γ J zwyczajnie wydzielanego równa się 293,00 γ, co w stosunku do wstrzykniętych 1300 γ J daje 22.4%), w ciągu zaś pierwszych 6-ciu godzin wynosi 14.5%.

Tablica II.

Wydzielanie jodu moczem przed i po wlaniu dożylnem 1300 γ J.
Przypadek K. W. lat 21. P. s. = — 10%, J we krwi 10 γ %.

Data	Czas w godz.	Ilość moczu w cm³	J w γ %	J absolutny w γ	% wydzielonego jodu w stosunku do wstrzykniętego
10. VII.	24	710	10.5	74.55	—
11. VII.	wstrzyknięto 1300 γ J nieorganicznego (KJ) dożylnie.				
	1—6 godzin	350	71.50	248.5	17.6
	reszta doby	710	32.50	227.5	—
	Razem 24 godziny	1060		476.0	30.9
12. VII.	24	1410	6	84.6	—

Tablica III.

Wydzielanie jodu moczem przed i po wlaniu dożylnem 1300 γ J.
Przypadek R. lat 54, Jod we krwi 8 γ %.

Data	Czas w godz.	Ilość moczu w cm³	J w γ %	J absolutny w γ	% wydzielonego jodu w stosunku do wstrzykniętego
11. V.	24	1000	4	40	—
12. V.	wstrzyknięto 1300 γ J nieorganicznego (KJ) dożylnie.				
	1—6 godzin	420	44	184.8	13.3
	reszta doby	855	17	145.3	—
	Razem 24 godziny	1275		329.1	22.2
13. V.	24	770	4	30.8	—

[1]) 1 γ = 0.000001 g.
1300 γ J. = 0.0017108 g KJ.

Badając stosunki wydzielnicze w innych przypadkach eutyreotycznych (p. tabl. II i III) stwierdziliśmy, że wydzielanie wstrzykniętego jodu w ciągu 24-ch godzin po wlaniu przebiega podobnie z mniejszemi lub większemi wahaniami, a mianowicie w granicach 21—30.9%, zaś 13—17% w ciągu 6-ciu godzin. Chcemy tu podkreślić, że najbardziej charakterystycznem i stałem zjawiskiem dla przypadków eutyreotycznych jest wydzielanie jodu w ciągu pierwszych sześciu godzin, wydzielanie bowiem jodu wstrzykniętego w reszcie doby oraz czasami lekko się zaznaczające w ciągu doby następnej jest bardziej niestałe.

W porównaniu z wynikami badań innych autorów, stosunki wydzielnicze w naszych przypadkach przedstawiają się wybitnie odmiennie. Wedle badań Antena, Cobeta, Buchholza, Veila i Sturma, Ibuki i in., jod wydziela się w znacznie większym procencie, bo od 50—90%. Czem należy tłumaczyć tak wybitne różnice pomiędzy wynikami naszych badań a powyższych autorów? Sądzimy, że przyczyny należy szukać w stosowaniu zbyt wielkich a zanadto niefizjologicznych dawek jodu, które u powyższych autorów dochodziły do kilkuset tysięcy γ jodu. Wprawdzie Fellenberg podnosi, że wydzielanie odsetkowe jodu jest prawie takie same, jeśli stosować 5 mg czy 500 mg KJ, to przecież, jeśli się bliżej przypatrzyć wynikom jego własnych badań nad wydzielaniem jodu po obciążeniu różnemi dawkami KJ, musimy raczej przyjść do przekonania, że mniejsze jest wydzielanie odsetkowe jodu po mniejszych dawkach, zaś większe po większych dawkach. W tablicy 54 monografji Fellenberga widać, że po obciążeniu 55.3 γ J (jako KJ) ustrój wydziela moczem 23 γ, to po odjęciu jodu zwyczajnie przed obciążeniem wydzielanego (*ca* 7 γ) wynosi 20.9%. Z tablicy 57 tejże monografji można odczytać, że po obciążeniu doustnem 300 γ J (jako KJ), ustrój wydzielił moczem 132 γ J, co po odjęciu jodu zwyczajnie wydzielanego (35 γ) wynosi *ca* 32%, zaś po obciążeniu w tym samym przypadku dawką jodu znacznie większą (patrz tablica 59 przytoczonej monografji) a mianowicie 5000 γ J ustrój wydzielił w okresie mniej więcej jednej doby 2810 γ J t. j. *ca* 55% jodu. Widzimy zatem, nietylko na podstawie naszych badań, ale też Fellenberga, że wydzielanie odsetkowe jodu jest zależne od wysokości dawki jodu stosowanego, a różnicę tłumaczymy tem, że małe dawki jodu, zbliżone bardziej do fizjologicznych, działają na tkanki, a w szczególności na tarczycę w tym kierunku, że przychodzi do wybitnego zatrzymania jodu, wielkie zaś dawki działają odmiennie tak, że zostają one z ustroju w znacznie większym stopniu wyrzucane. Różnicę tę uwydatniają też klasyczne badania Sturma nad tarczycą wyosobnioną, przyczem na podstawie naszych badań zauważyć musimy, że w ustroju ludzkim, w przeciwieństwie do tarczycy wyosobnionej, granica stężenia jodowego, które wpływa na zdolność większego lub mniejszego zatrzymywania jodu, względnie jego wydzielania, leży znacznie niżej niż 400% γ J.

Wyniki porównawcze wydzielania jodu po wlaniu dożylnem jodu nieorganicznego i tyroksyny.

Na podstawie dotychczasowego piśmiennictwa nie ma się właściwie jasnego obrazu jak się przedstawiają stosunki wydzielnicze w moczu po zastosowaniu jodu nieorganicznego i tyroksyny, albowiem musi się zestawiać wyniki badań, które wykonywano w wybitnie odmiennych warunkach (różne ilości tyroksyny, względnie tyreoidyny w stosunku do jodu nieorganicznego, różne drogi wprowadzenia, różny materjał zwierzęcy i ludzki, odmienna metodyka oznaczania jodu i t. d.). Naprzykład w badaniach Veila i Sturma obciążano ustrój ludzki jodem nieorganicznym w ilości 370.000 γ J, zaś jodem organicznym w ilości 150 γ J. Jest to chyba wybitna niewspółmierność. Z badań powyższych wynika, że wydzielanie jodu moczem po doustnem podaniu 150 γ J jodu organicznego (tyreoidyny) jest powolniejsze, niż po obciążeniu jodem nieorganicznym. Również Fellenberg stwierdza, że nawet po podaniu znacznie większej ilości tyreoidyny, tylko 16—28% wydziela się moczem w ciągu doby. K e n d a l l (12) stwierdził, że po wstrzyknięciu 200 mg tyroksyny tylko 13% wydziela się moczem, zaś 43% wydziela się drogą żółci. Wedle K r a y e r a (13), po wstrzyknięciu szczurom małej dawki tyroksyny (*ca* 0.8 mg) jod wydziela się żółcią do przewodu pokarmowego w ilości *ca* 56% w przeciągu 5—6 godzin, przyczem to wydzielanie się do przewodu pokarmowego a stąd kałem, utrzymuje się jeszcze przez szereg dni. Krayer nie mógł wykazać natomiast wydzielania jodu moczem. Sądzimy jednak, że to wydzielanie zaznaczało się, ale tylko w mniejszym stopniu tak, że przy pomocy mniej czułej metody przez autora użytej (Kendall-Richardsona) te małe ilości zapewne uszły jego uwagi. A s i m o w i E s t r i n (14) przeprowadzili badania porównawcze nad wydzielaniem jodu po zastosowaniu tyreoidyny i tyroksyny. Po podaniu doustnem psom *ca* 60 mg tyroksyny, stwierdzili, że tylko 4.5—8.5% wydziela się moczem, reszta zaś żółcią i kałem, zaś po podaniu dużej dawki tyreoidyny 93—95% wydziela się moczem, a 4.5—6.3% żółcią. To wprost odmienne wydzielanie jodu po tyreoidynie i tyroksynie tłumaczą powyżsi autorowie różnicą wchłaniania. Tsiuko Ibuki stwierdził u zwierząt, że jod jest przedewszystkiem *synuricum* (t. j. wydziela się głównie nerkami) a potem dopiero *syncholicum* (t. j. wydziela się drogami żółciowemi). Wedle jego badań jod nieorganiczny wydziela się w większej ilości moczem, niźli żółcią. Natomiast drogą żółci wydzielają się więcej połączenia organiczne jodu, zależnie jednak od rodzaju tych połączeń np. dwu-jodo-tyrozyna, pomimo to, że jest połączeniem organicznem jodu, wydziela się znacznie więcej moczem, niżeli żółcią.

Ażeby móc otrzymać jaśniejszy obraz, uwzględniliśmy w naszych badaniach odpowiadające sobie dawki jodu nieorganicznego i organicznego. Badania nasze, wykonane wspólnie z Boe'm wykazały, że po wlaniu dożylnem 2 mg tyroksyny wydziela się moczem w ciągu doby *ca* 217.5 γ J, co po odjęciu jodu zwyczajnie wydzielanego wynosi 12—13%. Cyfra ta nadspodziewanie zgadza się z cyfrą Kendalla. Jest to tem więcej uderzające, jeśli wziąć pod uwagę, że myśmy wstrzykiwali stokrotnie mniejszą dawkę tyroksyny, niźli Kendall. W porównaniu z odsetkami wydzielonego jodu, po wlaniu dożylnem odpowiadającej dawki jodu nieorganicznego (1300 γ J) widzimy, że wydzielanie jodu po wlaniu tyroksynowem jest znacznie słabsze. W dalszym ciągu możemy zauważyć, że odsetkowe wydzielanie jodu moczem, po obciążeniu ustroju tyroksyną, względnie tyreoidyną, nie wykazuje takiej zależności od wysokości dawki, jaką się stwierdza po zastosowaniu jodu nieorganicznego. Jest to jasnem, jeśli uwzględnić badania Sturma nad tarczycą wyosobnioną, które wykazują, że tylko jod nieorganiczny działa swoiście na tarczycę w kierunku zdolności magazynowania go, nie zaś jod organiczny (tyroksyna, czy tyreoidyna).

Zachodzi pytanie, co się dzieje z resztą jodu niewydalonego moczem? Oczywiście pewna część jodu wydziela się innemi drogami, a więc śliną, skórą, błonami śluzowemi i t. d. jak na to wskazują badania Fellenberga i innych. Pewna część, jakkolwiek nieznaczna, wydzielać się może drogą żółci do przewodu pokarmowego a stąd kałem nazewnątrz. Wedle Ibuki wydzielanie jodu drogą żółci waha się w granicach 10—30%. Myśmy mieli sposobność badać wydzielanie jodu drogą żółci, po wlaniu dożylnem jodu nieorganicznego, coprawda w hipertyreozie i jeśli na tej podstawie wolno nam sądzić, to jesteśmy skłonni przychylić się do zdania, że drogi żółciowe nie odgrywają większej roli w wydzielaniu jodu nieorganicznego u człowieka (15).

Jeśli zatem przyjąć, że poza nerkami inne drogi wydzielnicze odgrywają mniejszą rolę, to wypada nam podnieść, że większa część jodu po zastosowaniu małych dawek zostaje zatrzymana w tarczycy, a zapewne pod jej wpływem i w innych tkankach. Za zdolnością nagromadzania się jodu w tarczycy przemawiają badania M a r i n e i F e i s s a (16), M a r i n e i R o g o f f a (17), F e l l e n b e r g a i S t u r m a nad tarczycą wyosobnioną i w ustroju żywym. Marine i Rogoff wykazali w badaniach swych nad tarczycą wyosobnioną, że tylko tarczyca posiada swoistą zdolność zatrzymywania jodu, której nie wykazują inne narządy. Z prac jednak Fellenberga, Scharrera i Schwaibolda wynika, że inne narządy i tkanki posiadają zdolności zatrzymywania jodu, ale w znacznie słabszym stopniu. Należy zaznaczyć, że pomiędzy wynikami tych badań zachodzą pewne różnice odnośnie do zdolności nagromadzania jodu poszczególnych tkanek czy narządów.

Streszczenie.

Po dożylnem wlaniu małych dawek jodu nieorganicznego (1300 γ J jako KJ) u ludzi stwierdza się:

1. Jod znika z krwiobiegu dość szybko. Po upływie 2-ch godzin poziom jodu opada wybitnie, po upływie zaś 6-ciu godzin jod wstrzyknięty znika prawie zupełnie z krwi. Również po upływie 24-ch godzin stwierdza się poziom wyjściowy jodu.

2. Wydzielanie jodu moczem zaznacza się wybitnie w pierwszych sześciu godzinach, w ciągu 24 godzin zazwyczaj ustaje, rzadko zaś i tylko bardzo nieznacznie utrzymuje się w ciągu następnej doby. Odsetkowe wydzielanie jodu wynosi 21—30% w ciągu pierwszych 24 godzin, w ciągu zaś pierwszych sześciu godzin wynosi 13—17%, przyczem w okresie tych sześciu godzin wydzielanie jest bardziej stałe i typowe.

3. Wydzielanie jodu moczem jest wybitniejsze po wlaniu jodu nieorganicznego, niźli tyroksyny w równoważnej dawce (13% w ciągu 24 godzin).

Piśmiennictwo.

1) H. Anten: Arch. exp. Pathol. u. Pharm. 48, 331, 1902 (tutaj dawniejsze piśmiennictwo w sprawie wydzielania jodu moczem). — 2) J. Buchholz: Arch. exp. Pathol. u. Pharm. 81, 289, 1917. — 3) R. Cobet: Arch. exp. Pathol. u. Pharm. 87, 110, 1920. — 4) Th. v. Fellenberg: Das Vorkommen, der Kreislauf und der Stoffwechsel des Jods. Monachjum. J. F. Bergmann, 1926. — 5) H. Veil i A. Sturm: Deutsch. Arch. f. klin. Med. 147, 166, 1925. — 6) Tsiuko Ibuki: Arch. exp. Pathol. u. Pharm. 124, z. 5/6, 1927. — 7) K. Scharrer: Chemie und Biochemie des Jods. Stuttgart, F. Enke 1928. — 8) E. Maurer i H. Ducrue: Bioch. Z. 193, 364, 1928. — 9) A. Sturm: Z. ges. Exp. Med. 74, 514, 1930. — 10) J. Boe i A. Wł. Elmer: P. G. L. Nr. 48, 1931; Bioch. Z. 240, 187, 1931; Kl. Wchschr. Nr. 17, 1932. — 11) A. Wł. Elmer: Bioch. Z. 248, 163, 1932; Pol. Arch. Med. wewn. 1933 (w druku). — 12) E. C. Kendall: Endocrinology, 111, 156, 1919. — 13) O. Krayer: Arch. exp. Patholog. u. Pharm. 128, 116, 1928. — 14) G. Asimow i E. Estrin: Ztschr. ges. exp. Med. 76, 380, 1931; 76, 399, 1931. — 15) A. Wł. Elmer: P. G. L. (w druku). — 16) Marine i Feiss: Journ. of Pharm. a Exp. Therap. 7, 556, 1915. — 17) Marine i Rogoff: Ibidem, 8, 439, 1916.

Dr. J. STOPCZAŃSKI. Kraków.

Spostrzeżenia nad rozpoznawaniem kiły zapomocą „Luotestu"[1]).

Mimo starań, by badania serologiczne zmierzające do rozpoznawania kiły uprzystępnić i ułatwić przez zmianę oryginalnego odczynu Wassermanna (odczyn skłaczenia i inne uproszczenia), dotąd wykonywaniem tych badań zajmują się wyłącznie pracownie serologiczne.

Dlatego też zrozumiałe są usiłowania wprowadzenia do wykrywania i rozpoznawania kiły wartościowego odczynu skórnego, łatwego do wykonania a tem samem mającego znaczenie w praktycznem zastosowaniu. Próby zastosowania do tego celu różnych ciał chemicznych i szczepionek przez Fontanę, Oppenheima, Krena, Müllera dały ujemne wyniki. Tedeschi zastosował do tego celu wodny wyciąg z wrzodów pierwotnych i otrzymywał po wstrzykiwaniach doskórnych u badanych tym wyciągiem wyraźne odczyny skórne. Meirowsky używał jako luetyny przesączu zawiesiny wysuszonej i sproszkowanej wątroby płodu kiłowego. Ciuffo próbował w tym celu zastosować wyciągi z różnych narządów płodów obumarłych z powodu kiły wrodzonej, jednak wyniki jego badań różniły się między sobą.

Te pierwsze luetyny narządowe nie dawały więc lepszych wyników od poprzednich prób nieswoistych. Dlatego też pojawienie się luetyny hodowlanej Noguchi'ego, który w roku 1911 uzyskał czystą hodowlę krętków, spotkało się ze żywem zajęciem. Występujące po tej luetynie odczyny zjawiały się bądź w postaci guzka, krosty, a nawet owrzodzenia. Luetyna Noguchi'ego dawała odczyny nietylko u chorych z objawami kiły trzeciorzędnej, ale także w kile wczesnej i drugorzędnej. Badania jednak wielu autorów wykazywały, że luetyna Noguchi'ego największą ilość dodatnich wyników, bo około 78% daje w kile wrodzonej i trzeciorzędnej. Były jednak także badania, które dla oceny wartości tej luetyny nie były tak pomyślne. Burnier znalazł u 640 osób niekiłowych przeszło sześćdziesiąt odczynów dodatnich. Inni otrzymywali w 70% przypadków kiły trzeciorzędnej odczyny luetynowe dodatnie, a nieco mniej w kile wrodzonej, badania kontrolne u osób zdrowych wykazywały 7% odczynów dodatnich. Ogólnie więc na podstawie tych wyników przyjmowano, że odczyn dodatni może przemawiać za istnieniem kiły, ujemny jednak jej nie wyklucza. Z powodu niezgodnych zapatrywań różnych autorów zastanawiano się nad tem, czy wogóle odczyn luetynowy jest odczynem swoistym.

Villart i Pierret porównując wartość rozpoznawczą odczynu Wassermanna i odczynu luetynowego wyrażają zapatrywanie, że odczyn luetynowy nie daje oczekiwanych wyników. Fulton i Cummings badając luetyną Noguchi'ego przypadki schorzeń sercowo-naczyniowo-nerkowych doszli do przekonania, że albo to badanie nie daje swoistych wyników lub że kiły nie należy uważać jako najczęstszej przyczyny tych schorzeń. Smith i Gill zaprzeczają tak swoistości odczynowi luetynowemu, jak i wartości rozpoznawczej.

Wielu badaczy wykazało, że podawanie badanym jodku potasu ma wpływ na wynik odczynu luetynowego. Starali się oni udowodnić, że nietylko u chorych na kiłę ale i zupełnie zdrowych jodek potasu może nietylko w czasie przyjmowania tego środka ale jeszcze nawet w pewien czas po zaprzestaniu przyjmowania powodować dodatni odczyn luetynowy. Cole i Parysek twierdzą na podstawie swoich badań, że nietylko jodek potasu ale także inne związki chemiczne z tej grupy, jak bromek sodu, bromek wapnia, jodek sodu, mogą przez podawanie doustne wywoływać u badanych dodatni odczyn luetynowy.

Naegeli, Perkel i Stanziale sądzą, że leczenie jodem nie wywiera żadnego wpływu na powstanie dodatniego odczynu. Inni znowu uważali odczyn luetynowy dodatni jako objaw fizyczny, powstający dlatego, że skóra chorych na kiłę zwłaszcza trzeciorzędna jest więcej uczulona na działanie różnych bodźców nieswoistych. I tak Löwenstein, Robinson, Rytina, Kolmer i Greenbaum spostrzegali odczyn dodatni po wstrzykiwaniu samej pożywki hodowlanej nie zawierającej krętków, Burnier, Weill i Giroux znowu widzieli taki odczyn po wstrzykiwaniach rozczynu soli, Loeser, Debouis i Durieux po wstrzykiwaniu rozczynu kwaśnego glikocholanu sodu. Według Boasa i Ditlefsena daje podobny odczyn szczepionka rzeżączkowa, Burnier, Nicolas i Favre otrzymywali to samo po wstrzykiwaniach tuberkuliny. Clausz i Nakano uważają te wyniki nieswoistych prób za nieścisłe. Większość autorów jest zdania, że żaden z tych nieswoistych bodźców nie daje tak często w kile trzeciorzędnej i wrodzonej odczynów dodatnich jak luetyna Noguchi'ego.

Otrzymywanie czystej hodowli krętków napotykało na wiele trudności, a stosowanie do celów rozpoznawczych luetyny z tej hodowli wytworzonej spotykało się z licznemi zarzutami ze względu na niemożliwość ścisłego oddzielenia luetyny od składników białkowych pożywki. Dlatego większość badających zwróciła się do stosowania luetyny narządowej. Wprowadzony pod nazwą *„Pallidin"* przez Fischera i Klausnera wyciąg z płuc płodów obumarłych na kiłę wrodzoną a okazujących zapalenie płuć białe nie dawał zadawalających wyników według badań Aristowa, Roednera. Niektórzy badacze stosowali jako luetyny narządowe wyciągi z wątrób płodowych okazujących zmiany kiły wrodzonej lub, jak Müller i Stein, z gruczołów zawierających dużo krętków. I gdy Baermann i Heinemann, a także Fleischmann wyrażali przekonanie, że luetyna narządowa ani nie zbliża się we wynikach do luetyny Noguchi'ego, Boas, Stürup, Nakano uważają luetynę narządową za więcej wartościową. Równocześnie wykonywano próby dalsze z luetyną hodowlaną. Niektórzy na podstawie swoich doświadczeń sądzili, że odczyn przy pomocy tej luetyny otrzymany daje rozpoznanie i w kile wczesnej. Herb badając odczyny wywołane luetyną hodowlaną znalazł, że nacieki odczynowe składają się nietylko z limfocytów, których skupianie się w nacieku odczynowym uważa za objaw swoisty. Oprócz tego w tych naciekach wykazywał większe ilości leukocytów, co według niego jest odczynem nieswoistym, spowodowanym przez ciała proteinowe podłoża hodowlanego i przez zwiększoną ilość proteinów w krętkach żyjących w pożywce. Dlatego też przypuszczał, że przez dokładne oczyszczenie luetyny jak i stosowanie do wytwarzania tejże tylko świeżej hodowli można uzyskać większą swoistość odczynów. Jeżeli nawet te doświadczenia Herba otwierały większą przyszłość dla luetyny hodowlanej, to pomimo to — zdaniem niektórych autorów — wyniki przy pomocy tej luetyny uzyskane dawały możność tylko wykazania choroby, podczas gdy luetyna narządowa daje odczyny tylko w pewnych okresach choroby. Zarzuty nieswoistości nie ograniczały się tylko do luetyny Noguchi'ego, ale także do innych luetyn hodowlanych nawet w ulepszony sposób wytwarzanych.

Wichmann wykonywał badania luetyną wytwarzaną przez Saski Zakład serologiczny z czystej hodowli krętków. Otrzymywał u osób zdrowych jako odczyny nacieki wielkości ziarna grochu a u kiłowych będących w różnych okresach choroby nieco większe nacieki i dlatego też odróżnienie odczynów ujemnych od dodatnich w tych doświadczeniach nie było ścisłe. Jedną z najlepszych luetyn hodowlanych miał być *„Spirotest"* wytwarzany w ostatnich latach przez Zakłady Behringa. Jest to zawiesina w rozczynie soli takiego zagęszczenia, że w jednym cm^3 płynu znajduje się około trzech miljardów krętków wziętych ze szczepu uznanego ze względu na swoje biologiczne i morfologiczne własności jako najwięcej do tego celu się nadającego. Jednak wyniki, jakie zapomocą tej luetyny otrzymał w swoich badaniach Joseph, nie były dla niego zadowalające. Nagół korzystnie wypadła ocena luetyny Bussona. Stanowi ona przetwór z mieszaniny części wątrób płodowych zawierających większe ilości krętków. Grzybowski wykazał jednak, że luetyna Bussona daje często wyniki dodatnie nieswoiste. Ponieważ powszechnego uznania co do swoistości nie uzyskała żadna z luetyn hodowlanych ani narządowych starano się w tym kierunku znaleźć inną drogę badania. Pierwszym, który próbował zużytkować kiłowe zmiany u królików wywołane zaszczepieniem kiły ludzkiej do wytwarzania luetyny był Trosarello. Pró-

---

[1]) Według wykładu wygłoszonego dnia 29. czerwca 1932 r. na VIII Zjeździe Polskiego Tow. Dermatologicznego we Lwowie.

by podjęte przez tego autora jeszcze przed kilkunastu latami nie dały odpowiednich wyników i dlatego też nie pociągnęły dalszych doświadczeń za sobą. Brand i Müller postanowili zużytkować zmiany kiłowe w jądrach królików do wytwarzania luetyny wprowadzonej przez nich pod nazwą *„luotestu"*. Przy wytwarzaniu tej luetyny starano się wybierać materjał możliwie najsilniej działający. Wytwarzanie tej luetyny wymaga hodowania odpowiedniej ilości królików, potrzebnych do utrzymania szczepów. Nacieki pierwotne zachowują się tak co do czasu rozwoju jak i wielkości rozmaicie — na co także zwraca uwagę Lenartowicz w swoich badaniach nad kiłą doświadczalną. Nigdy nie można ściśle oznaczyć, czy naciek doszedł już do największego rozwoju, czy też nie zaczyna już zanikać. Ponieważ w czasie zanikania zmniejsza się szybko i ilość krętków, dlatego też wybranie odpowiedniego czasu wycięcia nacieku dla wytwarzania luetyny jest najważniejszem ale zarazem najtrudniejszem zadaniem. Dla wytwarzania tej luetyny jest wskazane otrzymywanie wielkich nacieków pierwotnych. Najsilniej rozwinięte wielkie zmiany pierwotne otrzymywano, gdy przy przeszczepianiu nacinano jądro kilkakrotnie. Przy sporządzaniu wyciągów nie stosowano stałego stosunku ilościowego tkanki chorobowej i rozczynu soli, ale zwracano głównie uwagę na ilość krętków starając się, aby w jednostce płynu była możliwie jak największa ilość krętków. Dotychczasowe badania wykonane przez Konrada, Plannera, Fesslera i innych wykazały, że luotest daje u chorych z objawami kiły trzeciorzędnej prawie 100% dodatnich odczynów. Te wyniki zachęciły mnie do wypróbowania tej nowej luetyny.

Ampułki luotestu przeznaczone na jedno wstrzyknięcie zawierają od 0,1 do 0,25 cm³ płynu. Wstrzyknięcie powinno być wykonane dokładnie śródskórnie, co powoduje uczucie pieczenia trwające przez kilka minut. Po dobrze wykonanem wstrzyknięciu powstaje biała wyniosłość dochodząca do wielkości ziarna soczewicy. W czasie 24 godzin powstaje w razie dodatniego odczynu ostro odgraniczony owalny rzadziej okrągły rumień, którego średnica wynosi 2—3 cm. Rumień ten okazuje nieznaczny naciek. Często spostrzegałem, że w następnych 24 godzinach zaczerwienienie się nieco powiększało i stawało się silniejsze. W trzecim dniu zwykle wykwit odczynowy ulegał spłaszczeniu i zaczynał ustępować. Przy bardzo silnych odczynach spostrzegałem nieraz guzek ciemnoczerwony, otoczony zaczerwienieniem zapalnem zajmującem prawie całą szerokość przedramienia. Opisywanego zapalenia naczyń limfatycznych, jak i podwyższenia ciepłoty ciała u żadnego z badanych nie spostrzegałem. Także nie widziałem odczynowych owrzodzeń, które trafiają się po wstrzykiwaniach luetyny hodowlanej. Najsilniejsze odczyny, które u pięciu badanych spostrzegałem, znikały dopiero po kilku dniach pozostawiając po sobie przez czas dłuższy widoczne, ciemne plamy barwikowe. Ważnem bardzo jest dla uniknięcia omyłek odróżnienie prawdziwych odczynów dodatnich od pozornych, będących tylko objawami zwiększonej wrażliwości skóry a powstających także u osób zdrowych, u których zakażenie kiłą było wykluczone. Te pozorne odczyny często występujące polegają na wystąpieniu rumieni okazujących znacznie słabsze zaczerwienienie i zwykle nieostro odgraniczonych. Miejsce wkłucia znajduje się w obwodzie rumienia odczynowego, w którym brak jest wszelkiego podstawowego nacieku. Taki odczyn zawsze do 24 godzin znikał. Odczyn dodatni prawdziwy trwa przynajmniej 48 godzin i ten okres trwania odczynu jest najwięcej miarodajnym dla odróżnienia odczynów dodatnich prawdziwych od pozornych. Dlatego też Planner i inni kładą w tym kierunku nacisk, aby dopiero trzeciego dnia po wstrzyknięciu ostatecznie oznaczać rodzaj odczynu. W badaniach swych dla uniknięcia omyłek zaliczyłem wszystkie mniej wyraźne odczyny do ujemnych i dlatego w spisie badanych nie stosowałem stopniowania odczynów jako silnie lub słabo dodatnich. U kilku badanych luotestem spostrzegałem powstały w miejscu wkłucia w skórze nieznaczny guzek, który utrzymywał się kilka dni, chociaż otaczający go rumień już w drugim dniu zniknął. Ponieważ uważałem te odczyny za wątpliwie dodatnie, powtórzyłem w tych przypadkach badanie wykonując wstrzyknięcie doskórne na drugiem przedramieniu. Ani jeden z tych odczynów wątpliwych nie okazał się przy powtórnem badaniu dodatnim. Sprowadziwszy z Wiednia 75 ampułek luotestu zbadałem tą ilością 125 osób. Do pierwszych wstrzykiwań zużywałem całą zawartość ampułki wynoszącą 0,25 cm³, w następnych jednak stosowałem tylko połowę ampułki i przekonałem się, że tą ilością otrzymywałem równej siły odczyny. Starałem się przebadać różne okresy choroby, a również pewną ilość wstrzykiwań (17) wykonałem dla kontroli u osób, które kiły nie przechodziły. Największą ilość badań wykonałem w miejskiej przychodni przeciwwenerycznej, do której zgłaszają się chorzy nietylko z objawami kiły świeżej lub późnej, ale także w różnych okresach kiły utajonej. Oprócz tego korzystałem z materjału oddziału V. Szpitala św. Łazarza, za co na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie Prym. Dr. Dyboskiemu i z materjału szpitala Bonifratrów. W 13 przypadkach wrzodu pierwotnego nie otrzymałem ani jednego odczynu dodatniego. Na 35 osób z kiłą bezobjawową był u pięciu chorych odczyn skórny dodatni. U tych pięciu chorych czas od zakażenia kiłą wynosił 9—23 lat. Odczyn serologiczny u trzech chorych był zgodny z odczynem skórnym, zaś u dwóch osób był ujemny. U 18 z objawami kiły drugorzędnej nie znalazłem w żadnym wypadku odczynu skórnego dodatniego. Największą ilość odczynów dodatnich otrzymałem u chorych okazujących zmiany trzeciorzędne. I tak w przypadkach zmian kiły trzeciorzędnej skóry jak i zmian głębszych, dotyczących czyto błony śluzowej czy też okostnej i kości odczyny były prawie stale dodatnie, bo na 26 badanych otrzymałem 23 odczynów dodatnich. Opisy chorobowe kilku przypadków mających większe znaczenie dla oceny wartości próby luotestowej są następujące:

J. G. lat 45. Przed 22 laty miał nieznaczne owrzodzenie na żołędzi w okolicy wędzidełka, które przy zewnętrznem leczeniu w kilku dniach się zagoiło. Nie widział u siebie ani obrzęku gruczołów pachwinowych ani wysypki i przeciwkiłowo dotąd nie był leczony. Przed 18 laty był leczonym w szpitalu wojskowym na rzeżączkę cewki moczowej. W jesieni przed 2 laty pojawił się na przedniej powierzchni przedudzia lewego obrzęk wielkości dłoni, który pod wpływem okładów po dwóch tygodniach ustąpił, ale w kilka miesięcy później w tem miejscu pojawiło się owrzodzenie, na które przykładał różne maści. Owrzodzenie to, chociaż od dolnego brzegu się goiło, to jednak w górnej części się rozszerzało. W sierpniu roku ubiegłego zauważył na tylnej powierzchni uda prawego guz, który powoli się powiększał, a po kilku tygodniach w tem miejscu powstało owrzodzenie, które nie uległo zagojeniu. W czasie przybycia do szpitala św. Łazarza chory okazuje na przedniej powierzchni przedudzia lewego dwa owrzodzenia, z których większe, ale mniej głębokie, znajduje się wyżej. Oba owrzodzenia kształtem i wyglądem nie czynią wrażenia wrzodów kilakowych. Najwięcej zbliżone do wrzodu kilakowego jest owrzodzenie na udzie prawem. Odczyn skórny wystąpił bardzo wyraźnie. Wstrzyknięcie luotestu na wewnętrznej powierzchni przedramienia prawego spowodowało naciek otoczony silnem zaczerwienieniem i odczyn ten utrzymywał się do czwartego dnia. Odczyn Wassermanna wypadł słabo dodatnio, Meinicke'go dodatnio. W ciągu dwutygodniowego pobytu w szpitalu leczenie przeciwkiłowe salwarsanowo-bizmutowe doprowadziło do wygojenia większej części wrzodu.

M. L. lat 52, zamężna od 30 lat. W 10 lat po wyjściu zamąż zauważyła zapadanie się nosa, które powoli postępowało doprowadzając do zupełnego zniekształcenia. Od kilku miesięcy pojawiło się na brzegu skrzydła nosowego lewego owrzodzenie nieznaczne ale bardzo bolesne, z powodu którego chora zwróciła się do ambulatorjum szpitala Bonifratrów. Chora nie podejrzewając u siebie choroby wenerycznej dotąd w tym kierunku się nie leczyła. Badanie krwi dało odczyny serologiczne ujemne. Odczyn skórny po wstrzyknięciu luotestu był wybitnie dodatni. Co do owrzodzenia na brzegu skrzydła nosowego zachodziła wątpliwość ze względu na wygląd tegoż, czy jest to zmiana kiłowa, czy też raczej owrzodzenie to nie jest nowotworem w rodzaju nabłoniaka. Badanie histologiczne nie mogło być wykonane, gdyż chora nie godziła się na zabieg wycięcia części tej zmiany potrzebnej w tym celu. Wobec tego rozpoczęto leczenie przeciwkiłowe, które w krótkim przeciągu czasu spowodowało zabliźnienie owrzodzenia na brzegu skrzydła nosowego.

M. Fr. lat 48, żonaty, przed 11 laty miał wrzód pierwotny na wewnętrznej powierzchni napletka i równocześnie rzeżączkę cewki moczowej. Otrzymał wtedy jedno leczenie składające się z ośmiu wstrzykiwań neosalutanu i siedemnastu śródmięśniowych wstrzykiwań bizmutu. W trzy lata potem ożenił się i jest ojcem czworga dzieci zdrowych, żona nie roniła. Od sześciu miesięcy zaczął odczuwać dolegliwości przy połykaniu, które stale mu się zwiększały, a do tego od kilku tygodni dołączył się szum w uszach. Badanie w dniu przybycia chorego do szpitala św. Łazarza wykazało obok powiększenia gruczołów podszczękowych i pachwinowych owrzodzenie na twardem podniebieniu i nasady języczka o brzegach nierównych, niebolesne, wielkości złotówki, pokryte wydzieliną gęsto przylegającą, ropną. Dno owrzodzenia stanowił płytki ale nierówny ubytek w kości. Obok tego stwierdzono zapalenie ostre ucha prawego z przedziurawieniem błony bębenkowej. Odczyny serologiczne okazały się ujemne. Odczyn luotestowy był bardzo wyraźny. W piątym tygodniu leczenia przeciwkiłowego nastąpiło wygojenie owrzodzenia w gardle.

F. J., lat 40, robotnica niezamężna, oprócz zapalenia płuc w czternastym roku życia i choroby gorączkowej połączonej z wysypką na skórze całego ciała, na którą zapadła przed dwudziestu laty, innych chorób nie przebywała. Przed ośmiu laty poroniła w szóstym miesiącu ciąży, w trzy lata później urodziła

w dziewiątym miesiącu ciąży córkę, która żyła cztery dni. Przed pięciu miesiącami na lewem podudziu poniżej kolana nagle wystąpił obrzęk, który objął całe przedudzie. W kilka dni później po wewnętrznej stronie podudzia, wytworzyło się nieznaczne owrzodzenie, które jednak w krótkim przeciągu czasu się wygoiło a obrzęk ustąpił. Jednak w dwa miesiące później pojawiły się na tej samej kończynie w miejscu poprzedniego owrzodzenia pęcherzyki, po pęknięciu których, jak chora podawała, powstały dwa owrzodzenia, obficie sączące, które powiększając się przeszkadzały w chodzeniu i zmusiły chorą do szukania pomocy w szpitalu. Badanie wykazywało w dniu przyjęcia do szpitala św. Łazarza na wewnętrznej powierzchni podudzia lewego w odległości siedmiu cm od siebie dwa owrzodzenia elipsowate, z których większe miało średnicę 6 cm. Owrzodzenia te pokryte wydzieliną gęstą, surowiczoropną z domieszką krwi. Zapomocą zgłębnika można było wybadać, że dno owrzodzeń stanowi kość mająca w tem miejscu nierówną powierzchnię. Skóra w bezpośredniem otoczeniu tych owrzodzeń była zaczerwieniona, obrzękła, bolesna i twarda. Na zdjęciu rentgenologicznem były widoczne zmiany na okostnej w postaci *periostitis ossificans*, dotyczące obu kości przedudzia lewego. Na trzonie kości goleniowej lewej uwydatniały się te zmiany silniej. Badanie krwi wykazało odczyny serologiczne ujemne. Wstrzyknięcie śródskórne luotestu na przedramieniu prawem dało odczyn wybitnie dodatni.

L. S., lat 55. Zgłosiła się do szpitala Bonifratrów z powodu owrzodzenia na głowie, które miało powstać przed 2 laty przez zranienie nożyczkami, gdy strzygła włosy. Ponieważ pod peruką owrzodzenie to ropiejąc sprawiało chorej dolegliwości i powiększało się powoli, chora zwracała się o poradę najpierw do aptek. Gdy stosując szereg różnych maści nie widziała polepszenia, zwracała się kolejno do kilku lekarzy także i do ordynujących w chorobach wenerycznych. U jednego z nich otrzymała receptę na jodek potasu. Gdy po kilku dniach pomimo zażywania tego środka nie wystąpiła poprawa, lekarz ten polecił jej zwrócić się do chirurga. Chora bojąc się operacji zaniechała leczenia i poprzestała na przemywaniu owrzodzenia rozczynem wody utlenionej. Za namową swej rodziny zdecydowała się przybyć do ambulatorjum szpitala Bonifratrów. W dniu 15. XII. 1931, gdy chora po raz pierwszy się zgłosiła, okazywała na brzegu skóry owłosionej i czoła po stronie prawej owrzodzenie wielkości dwuzłotówki. Owrzodzenie to miało kształt prawie okrągły, brzegi równe, ostro cięte, nie podminowane, w środku było przykryte strupem szaro-żółtym zaschłej wydzieliny. Gruczoły szyjne po stronie prawej nieco powiększone, przy dotyku niebolesne. Badanie krwi okazało odczyny serologiczne ujemne. Próba luotestowa dała jednak odczyn bardzo wyraźny. Wobec tego rozpocząłem energiczne leczenie przeciwkiłowe, którego wynik w gojeniu się wrzodu na głowie był bardzo szybki i pomyślny, gdyż w trzecim tygodniu leczenia zaczęło się owrzodzenie zabliźniać.

Ten przypadek szczególnie, i jemu podobne, wskazują jak często pomimo obecnego postępu badania i wszystkich środków do tego służących, mogą zachodzić omyłki w rozpoznawaniu kiły trzeciorzędnej, które dla chorych mogą mieć nieobliczalne następstwa. Gdy odczyny serologiczne są ujemne i podanie jodku potasu nie daje rychłego polepszenia, nawet wyszkolony specjalista jest skłonny odrzucić rozpoznanie kiły i szukać innego tła choroby. Dlatego też zastosowanie w takich przypadkach luotestu może oddać nieocenione usługi. Zachodzi tylko trudność w sprowadzeniu luotestu podobnie jak z wszelkiemi środkami zagranicznemi, nie mającemi wstępu do naszego kraju. Jedynem wyjściem byłby krajowy wyrób luotestu. Tablica poniżej zamieszczona wykazuje spis badanych luotestem a mających zmiany kiły trzeciorzędnej.

Lp.	Imię i nazwisko badanego	Wiek	Rozpoznanie	Rodzaj odczynu skórn.	Rodzaj odczynu Wassermanna
1.	W. M.	45	*syph. gumm. exulc. cruris dextri.*	+	+++
2.	J. P.	39	*syph. gumm. pharyngis*	+	+++
3.	A. G.	43	*syph. gumm. perf. septi nasi*	+	++—
4.	F. S.	44	*cicatrices post gumm. in regione scapulae sin.*	+	+——
5.	W. B.	51	*syph. tert. perf. palati duri*	—	+++
6.	M. D.	44	*syph. gumm. in reg. clavic. sin.*	+	———
7.	L. M.	38	*gumm. cut. thoracis*	+	++—
8.	Z. R.	39	*ulcus gumm. in reg. olecrani dext.*	+	+++
9.	W. G.	50	*ulcus gumm. in reg. malleol. int. dext.*	+	+++
10.	St. L.	38	*cicatrices post gumm. dorsi*	—	++—
11.	A. K.	53	*syph. gumm. capillitii*	+	+++
12.	F. M.	48	*syph. tert. exulc. pharyngis, otitis med. perf. dext.*	+	———
13.	J. F.	40	*ulcera gumm. cruris sin. periostitis ossif. tib. et fibulae sin.*	+	———
14.	L. S.	55	*ulcus gumm. frontis*	+	———
15.	N. F.	42	*gumm. cut. in regione inguin. sinist.*	+	+++
16.	E. R.	36	*ulcus gumm. crur. dext.*	+	+——
17.	A. K.	43	*cicatrices post. gumm. in reg. glut. dext.*	+	+++
18.	J. Sch.	39	*gumm. cut. femoris sin.*	+	———
19.	M. J.	53	*syph. gumm. exulc. ad tonsil. sinistr.*	+	++—
20.	M. Z.	48	*ulcus gumm. fem. dextr.*	+	———
21.	A. K.	50	*syph. tert. pharyngis*	+	+++
22.	K. S.	49	*cicatrices post. gumm. femor. sin.*	—	———
23.	J. B.	38	*ulcus gumm. brachii dextr.*	+	+++
24.	K. M.	39	*syph. tert. exulc. alae nasi sin.*	+	+++
25.	W. C.	51	*ulcera gumm. femor. et crur. sin.*	+	———
26.	M. L.	52	*syph. tert. nasi perforatio septi*	+	———

Przy kile wrodzonej na siedem przypadków zbadanych w czterech był odczyn dodatni. Na dziewięć przypadków kiły układu nerwowego okazał się odczyn skórny dodatni w trzech przypadkach porażenia i w dwóch wiądu rdzeniowego. Na 108 osób znajdujących się w różnych okresach chorobowych otrzymałem 37 odczynów dodatnich.

Brandt i Konrad spostrzegli u chorego na kiłę niezwykle silny odczyn po wstrzyknięciu luotestu. Podejrzywając jako przyczynę tego, wzmożoną wrażliwość na białko królicze wykonano u tego chorego wstrzyknięcie śródskórne surowicy króliczej, które spowodowało rozległy obrzęk i silne zaczerwienienie całego ramienia. Próby wykonane u tego chorego zapomocą wstrzykiwań rozczynów innych białek takich objawów nie spowodowały. W drugim przypadku spostrzeganym przez Fasala udowodniono wzmożoną wrażliwość także na inne białka, jak surowicę końską i aolan. Ale najsilniejszy odczyn oprócz luotestu wywoływało wstrzyknięcie surowicy króliczej. Jednak dotąd więcej takich przypadków nie spostrzegano. Nie mogą one mieć znaczenia w ocenie wartości próby luotestowej nietylko z powodu swojego wyjątkowego pojawienia się, ale także dlatego, że przez gwałtowne wystąpienie silnych niezwykle objawów odczynowych różnią się wybitnie od zwykłego odczynu luotestowego. Jednak chcąc się przekonać, czy pomiędzy badanemi okazującemi dodatni odczyn skórny nie znajdzie się przypadek o wzmożonej wrażliwości na białko królicze, postanowiłem w tym kierunku poczynić badania. Do tego celu potrzeba było sporządzić rozczyn surowicy króliczej zawierający taką samą ilość białka, jaka znajduje się w luoteście.

Aby się dowiedzieć, ile białka znajduje się w luoteście, wykonał Dr. Moroz w pracowni chemicznej miejskiej oznaczenie ilości białka zapomocą sposobu Kjeldahla. Ilość białka w luoteście okazała się nieznaczną, bo wynosiła zaledwo 0,37%. Ponieważ wykazano, że w 100 cm^3 surowicy króliczej znajduje się 6,7 białka, więc dla sporządzenia rozczynu zawierającego 0,37% białka, rozcieńczono 0,55 cm^3 surowicy wodą przekroploną do ilości 10 cm^3 płynu.

Po zaprawieniu rozczynu 2 kroplami 1% formaliny dla wstrzymania rozkładu przechowywano tenże w cienkich rurkach zatopionych na obu końcach, a zawierających po 0,25 cm^3 płynu.

U czternastu osób okazujących odczyn luotestowy dodatni, wykonałem badania zapomocą doskórnego wstrzykiwania tego rozczynu. Te badania wykazały tylko u trzech osób odczyny pozorne, odczynu prawdziwego dodatniego nie otrzymałem u żadnego z badanych.

Na podstawie wyników otrzymanych w badaniu luotestem chorych na kiłę, można postawić następujące wnioski:

1) W rozpoznawaniu kiły trzeciorzędnej jak również wrodzonej badanie luotestem daje korzystne wyniki.

2) Luotest nie daje odczynów dodatnich nieswoistych.

3) Łatwy i prosty sposób badania luotestem zasługuje na rozpowszechnienie i wyrabianie takiej luetyny w kraju, co umożliwi wypróbowanie tejże i w kierunku leczniczym.

Piśmiennictwo:

1) Arzt u. Fuhs: Arch. f. Dermat. 1927. 153. — 2) Boas u. Ditlevsen: Arch. f. Dermat. 1913. Bd. 116. — 3) Boas u. Stürup: Arch. f. Dermat. 1914. Bd. 120. — 4) Brandt R.: Das

Luotest Müller-Brandt, Seuchenbekäpfg. 1929, 6, H. 3. — 5) Bremener: Arch. f. Dermat. 158 (1929). — 6) Busacca: Wien. klin. Wschr. 1922, Nr. 23. — 7) Fessler-Pohl: Wien. klin. Wschr. H. 42, 1929. — 8) Fessler: Arch. f. Dermat. Bd. 163. 1931. — 9) Fontana: Dermat. Wschr. 1912. Bd. 54. Nr. 9. — 10) Gutmann u. Kropatsch: Wien. klin. Wschr. 1924, Nr. 6. — 11) M. Grzybowski: Przegląd Dermat. 1929. Nr. 1. — 12) Hoffmnann: Z. Dermat. 59, H. 5. 1930. — 13) Hamburger Fr.: Münch. med. Wschr. 1907, Bd. I. — 14) Herb Ferd.: Urol. a Cut. Review. 1923. Bd. 27. Nr. 3. — 15) Jadassohn J.: Korresp. bl. Schweiz. Aerzte 1909. Nr. 5. — 16) Joseph: Klin. Wschr. Jg. 8. Nr. 21. 1929. — 17) Kindler: Dermat. Wschr. 1931. Bd. 92, Nr. 15. — 18) Klausner: Wien. klin. Wschr. 1913. Nr. 24. — 19) Klausner u. Fischer: Wien. klin. Wschr. 1913. Nr. 2. — 20) Konrad: Arch. f. Dermat. 162. 1930. — 21) Lehner-Rajka: Dtsch. med. Wschr. 84. H. 15. 1927. — 22) J. Lenartowicz: Extrait du Bull. de l'Acad. Pol. 1930. — 23) Marfan: Presse méd. 1923. Bd. 31. — 24) Martenstein, Granzow, Irrgang: Arch. f. Dermat. 152. 1926. — 25) Müller u. Stein: Wien. med. Wschr. 1913. 38/39. — 26) Much-Schmidt: Dtsch. med. Wschr. 47. 1921. — 27) Naegeli: Münch. med. Wschr. Jg. 76. Nr. 19. — 28) Nakano: Arch. f. Dermat. 116. 1913. — 29) Nobl G. u. Fuss K.: Wien. med. Wschr. 1912, Nr. 13. — 30) Perkel: Arch. f. Dermat. 1921. 1915. — 31) Planner: Handbuch d. Haut und Geschlechtskrankheiten. Bd. 15. — 32) Rosner: Dermat. Wschr. 86. 1928, H. 22. — 33) Roedner: Dermat. Wschr. 59, 1914. — 34) Trosarello: Gaz. d. osped. e d. clin. 1914. Nr. 44; Ref. Dermat. Wschr. 60. 1915. — 35) Fr. Walter: Przegląd Dermat. 1925. Nr. 2. — 36) Wolf M.: Wien. med. Wschr. Jg. 77. Nr. 6.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Helena FRANK-PITTOWA. Lwów.

Dwa przypadki odosobnionego samoistnego złamania I-go żebra [1]).

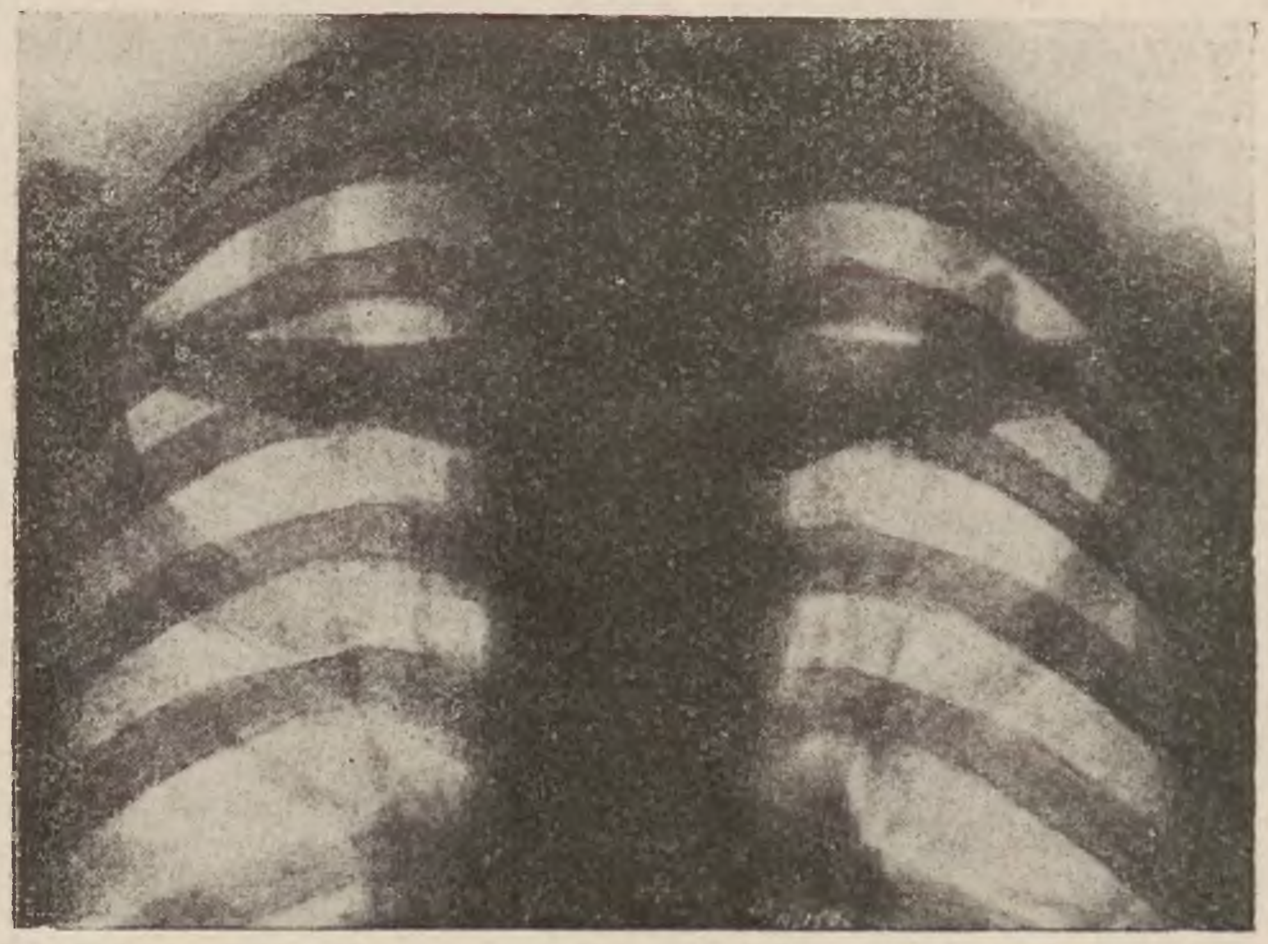
Z II. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. (Dyr. Prof. Dr. Rencki) i Pracowni rentgenologicznej Przychodni przeciwgruźliczej K. Ch. m. Lwowa.

Przypadki odosobnionego złamania I-go żebra należą do spraw bardzo rzadkich. W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłam opis jednego przypadku złamania I-go żebra, podany z Instytutu rentgenowskiego prof. Haudeka we Wiedniu przez R. Pohla w roku 1929 (*Med. Klin.* 1929). Autor ten nie przytacza opisów analogicznych przypadków z piśmiennictwa, ograniczając się jedynie do wzmianki, iż złamania dwóch górnych żeber zachodzą bardzo rzadko. Przypadek Pohla dotyczył dziewczyny, która w czasie szorowania podłogi odczuła nagły silny ból w dołku nadobojczykowym, a badanie rentgenowskie wykazało złamanie I-go żebra. Levy Werner w roku 1931 (*Deutsche Ztschr. f. Chirurgie* cyt. *Zbl. radiol.* T. XII.) opisał podobny przypadek odosobnionego złamania I-ego żebra, powstały podobnie jak przypadek Pohla przez skurcz mięśniowy. W zestawieniach z dawniejszego piśmiennictwa, tyczących t. zw. samoistnych złamań żeber, podanych przez Elemera Wahla (*Wiener klin. Wochenschr.* 1926) wymienione są 2 przypadki złamania I-ego żebra, ogłoszone przez Ameuille i Libensky'ego. Przypadek pierwszy dotyczył kobiety 68-letniej ze złamaniem w zwapniałej części chrzęstnej I-ego żebra, powstałem bez wyraźnej przyczyny, przypadek drugi odnosi się do mężczyzny 36-letniego, u którego stwierdzono złamanie I-ego żebra w dwóch miejscach. Złamanie to wystąpiło w czasie przyjęcia pozycji obronnej przy minimalnym urazie.

W obu przypadkach przeze mnie obserwowanych chorzy zostali skierowani do prześwietlenia klatki piersiowej, przy którem zmianę tę w obrębie żebra wykryto przypadkowo. Dokładnie wypytywani chorzy o jakiś uraz nie mogli w tym kierunku nic pozytywnego powiedzieć, również na pytanie, czy nie zauważyli nagłego wystąpienia bólów w obrębie górnej części klatki piersiowej po jakimś gwałtownym ruchu, nie mogli dać jasnej odpowiedzi.

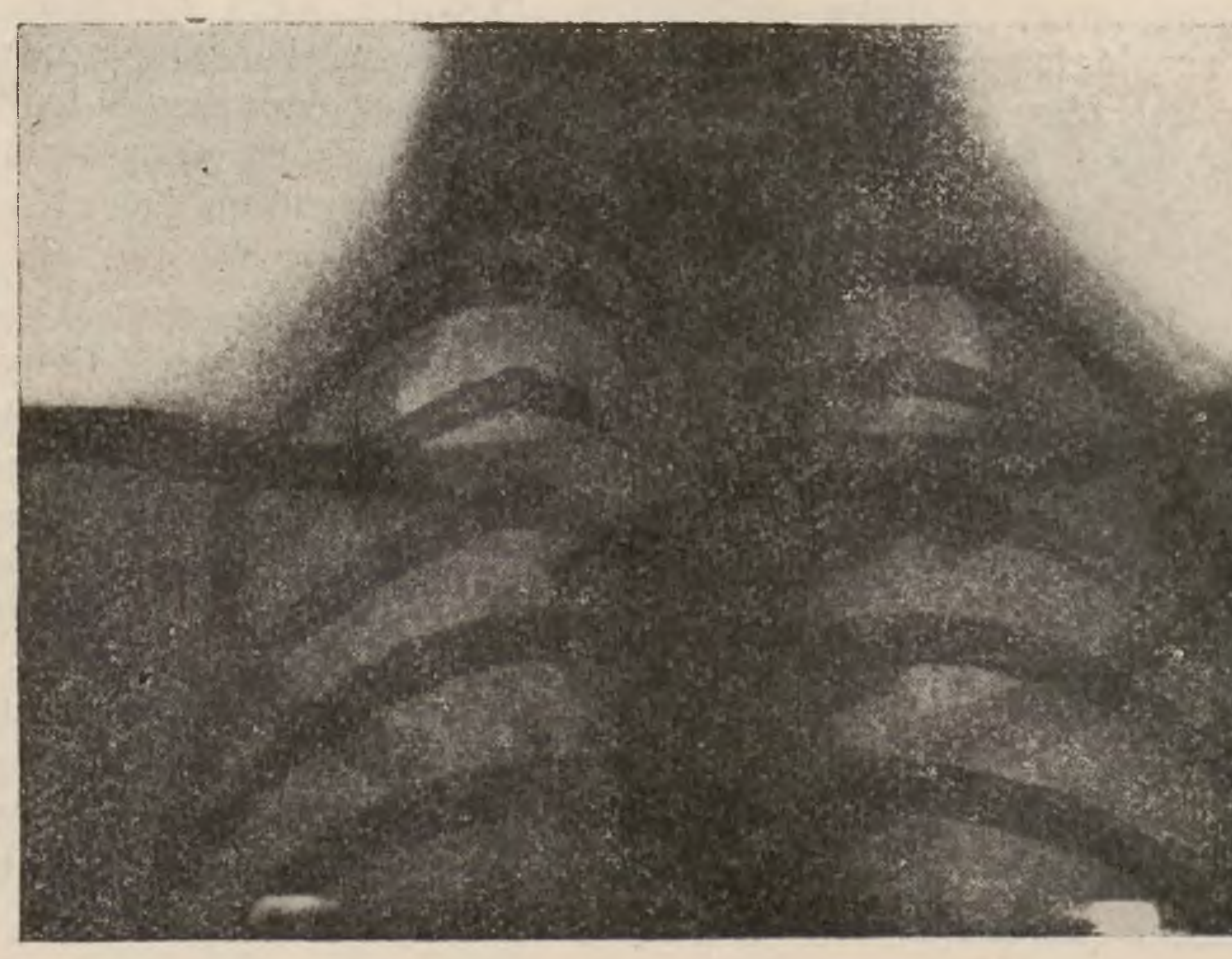
Przypadek pierwszy dotyczy 36-letniego mężczyzny, drugi przypadek uczennicy 16-letniej. Oboje skarżyli się na kłucie w okolicy łopatki trwające od pewnego czasu. Badanie przedmiotowe w obu przypadkach nie wykazało żadnego wyczuwalnego zgrubienia w przebiegu I-ego żebra, również nie stwierdzono bolesności ani wyraźniejszego trzeszczenia przy ucisku. W obydwu przypadkach przysłuchem nad odnośnym szczytem stwierdzano przy głębokim wdechu trzeszczenia niestale występujące.

Na rentgenogramie z przypadku I-ego (ryc. 1) widać wyraźnie przerwę obrysu w obrębie kostnej części żebra I-ego po stronie lewej, mniej więcej w połowie trzonu, przyczem rozstęp w linji złamania wynosi około 2 mm. Linja złamania posiada przebieg kształtu litery V o szeroko rozstawionych ramionach. Kontur odłamków nierówny, wyzębiony. Bardzo nieznaczne przemieszczenie odcinka przedniego ku bokowi. Na bocznej krawędzi żebra widoczny jest delikatny cień linijny, łączący obie części złamanego żebra, a odpowiadający okostnej, nie wykazującej przerwy obrysu. Pozostałe żebra, jako też kręgi i obojczyk, bez zmian.



Ryc. 1. Przypadek pierwszy.

Rentgenogram z przypadku II-ego (ryc. 2) wykazuje zgrubienie I-ego żebra po stronie prawej o postaci wrzecionowatej, wytworzone przez kostninę. Po dokładnem przyjrzeniu się można zauważyć delikatną linijną przerwę konturu w miejscu tego zgrubienia. Złamanie to usadowione jest w połowie trzonu, jak w przypadku poprzednim. Pozostałe żebra, obojczyk oraz kręgi bez zmian.



Ryc. 2. Przypadek drugi.

Przypadki powyższe zasługują na uwagę ze względu na rzadkie usadowienie złamania w obrębie I-ego żebra, dalej ze względu na mechanizm jego powstania oraz objawy kliniczne, które były mylnie tłumaczone, jako pochodzące ze zmian szczytowych. Jak już bowiem wspomniałam, w obu przypadkach przysłuchowo stwierdzano nieprawidłowe dodatkowe szmery oddechowe nad odnośnym szczytem.

Usadowienie złamania w obrębie I-ego żebra zdarza się wyjątkowo, jak wynika z przytoczonego piśmiennictwa. Górne bowiem żebra są osłonięte przed bezpośredniem działaniem urazu z przodu przez obojczyk, z tyłu przez łopatkę, od góry zaś przez grube warstwy mięśni. Nadto żebra pierwsze wykazują wogóle małą ruchomość, która usprawiedliwia brak objawów klinicznych przy złamaniach tych żeber. Odnośnie do mechanizmu złamania, to na podstawie wywiadów mogliśmy wykluczyć urazowe jego powstanie. Trudne jest zresztą przyjęcie urazu, gdyż musiałby on działać w dół nadobojczykowy w kierunku od góry ku dołowi,

[1]) Przedstawione na posiedzeniu Tow. Lekarskiego lwowskiego dnia 27. maja 1932 oraz na LIX. pos. Warszawskiego Koła Radjologów.

poprzez grubą warstwę mięśni. Na podstawie badania rentgenologicznego łatwo było wykluczyć wszelkie schorzenia układu kostnego, czyto ogólne, czy miejscowe (cysty i t. p.), a więc patologiczne pochodzenie złamań. Jeśli więc odrzucimy możliwość urazowego, względnie patologicznego pochodzenia złamań, pozostaje do przyjęcia jedynie mechanizm złamań, powstały przez skurcz mięśniowy, względnie przez silne pociąganie mięśnia, znajdującego się w stanie wzmożonego napięcia. Brak nam w tym kierunku jakichkolwiek danych w wywiadach, jednak najbardziej prawdopodobnym wydaje się nam ten mechanizm. Oba bowiem przypadki dotyczą ludzi młodych z dość dobrze rozwiniętym układem mięśniowym i nie wykazujących żadnych zmian w narządach. W piśmiennictwie znane są przypadki samoistnych złamań żeber — wprawdzie nie odnoszące się do żebra I-ego — powstałe przez skurcz mięśniowy. Były to w przeważnej części złamania u sportowców, jak to zestawia Arnold (*Münch. Med. Wochenschr.* 1928, str. 1918). Znane są również przypadki złamania samoistnego żeber przy kaszlu i kichaniu forsownem, które dotyczą jednego lub większej ilości żeber, przeważnie żeber dolnych i środkowych, a występowały najczęściej u osobników w średnim lub starszym wieku (Wahl). Opisano również pojedyńcze przypadki samoistnych złamań żeber przy kokluszu u dzieci (Pospischil), są one jednak niezmiernie rzadkie (0,04%). Mandel przyjmuje, iż momentem usposabiającym do złamań na tle skurczu lub pociągania mięśni jest błędny psychomotoryczny odczyn przy niezgrabności pewnego ruchu. Pohl i Arnold podnoszą na podstawie własnych spostrzeżeń, iż w stadjum zmęczenia mogą wystąpić pewne nieskoordynowane skurcze mięśniowe i nieskoordynowane ruchy, które mogą być ewentualną przyczyną złamań. Jest to tem więcej prawdopodobne, że znane są oddawna przypadki pęknięcia mięśni przy nagłych wysiłkach, wykonywanych właśnie w okresie zmęczenia mięśniowego. W przypadku złamania I-ego żebra musielibyśmy mieć do czynienia z nagłym skurczem lub pociąganiem żebra przez mięśnie należące do grupy unoszących I-e żebro, a więc mięsień pochyły przedni względnie średni (*m. scalenus anterior* wzgl. *medius*).

Złamanie I-ego żebra nie daje charakterystycznych objawów klinicznych, jak wynika z opisanych przypadków; nie można go stwierdzić bez badania rentgenologicznego. Ból kłujący w okolicy dołka nadobojczykowego pochodzi raczej od zmian opłucnowych, gdyż, jak to wykazał Nissen, każdemu złamaniu żebra towarzyszy krwawy wylew podopłucnowy, w następstwie którego wytwarzają się mniej lub więcej rozległe zrosty.

Z możliwych powikłań złamania I-ego żebra należy wymienić przebicie tętnicy podobojczykowej (Ostrowski, cyt. wedle Wernera).

Obrazy rentgenowskie w opisanych wyżej przypadkach nie nasuwają żadnych wątpliwości w interpretacji. Dla ścisłości jednak należy w podobnych przypadkach wykluczyć rzadko spotykane nieprawidłowości rozwojowe żeber, polegające na podziale żebra I-ego na część przednią i tylną, połączone ze sobą szparą stawową lub chrząstką, jak to opisał Pickhan i Andersen (*Rtgpraxis* 1930, str. 975). Wygląd szpary dzielącej żebro przedstawia się jako wyjaśnienie o gładkim konturze, a nie wyszarpanym, nieregularnym, jak w naszym pierwszym przypadku, dalej brak jest zupełny kostniny, w przeciwieństwie do naszego drugiego przypadku.

SPRAWY ZAWODOWE.

Dr. Zdzisław MAURER, st. sekund. Szpit. pow. Rzeszów.

Akuszerki w zwierciedle swego zawodu i partactwa leczniczego.

Dokończenie.

Paragraf 30-ty przepisów służbowych dla akuszerek (Min. spr. wewn. z 27. V. 1898 L. 7.333, Namiestn. z 10. VI. 1898 L. 51.953) uważam za niecelowy, a co więcej za szkodliwy. Paragraf ten zabrania akuszerce najsurowiej leczenia ciężarnych, rodzących i dzieci, przepłókiwania dróg porodowych bez polecenia lekarzy, lecz pozwala akuszerce wyjątkowo w razie zupełnej niemożebności sprowadzenia pomocy lekarskiej i widocznego niebezpieczeństwa dla życia rodzącej z powodu zwłoki wykonać obrót, wydobyć płód w położeniu miednicowem, odprowadzić wypadniętą pępowinę lub wypadłą obok główki rączkę i wydobyć zatrzymane łożysko, czyniąc ją jednakże za te zabiegi odpowiedzialną wobec władzy i nakładając na nią obowiązek doniesienia osobno o każdym takim poszczególnym przypadku. Akuszerki czynią chętnie i często użytek z tego przywileju, jakim obdarza je wspomniany paragraf, bo wiedzą dobrze, że „widoczne niebezpieczeństwo dla rodzącej z powodu zwłoki", o którem mówi paragraf 30 przepisów służbowych, będzie dla nich zawsze furtką, przez którą przejdą bezkarnie nawet wtedy, gdyby ich zabieg zakończył się nieszczęśliwie.

Dr. Stenzel opisał w Nr. 6/932 Polsk. Gaz. Lek. w artykule „Partactwo w położnictwie" przejmujący grozą przypadek, w którym akuszerka odcięła obie wypadnięte rączki żyjącego dziecka mniej więcej w połowie ramion, a następnie wydobyła obrotem płód żywy, któremu nie podwiązała pępowiny w zamiarze spowodowania jego śmierci dla ukrycia popełnionego błędu.

Znam z własnej praktyki przypadek zakończony śmiercią matki z posocznicy, w którym akuszerka, chcąc za wszelką cenę rozwiązać rodzącą w położeniu poprzecznem dziecka, wbiła się paznokciami w jego boczek, przebiła skórę, połamała nadstawiające się żebra, a zdobywszy w ten sposób dla swej ręki punkt zahaczenia od wewnątrz klatki piersiowej płodu wyciągnęła dziecko zdwojonem ciałkiem kalecząc przy tem ciężko pochwę i srom rodzącej.

Przypadki śmiertelnych pęknięć macicy w następstwie prób lub dokonanych obrotów przez akuszerki są od czasu do czasu przedmiotem dochodzeń karno-sądowych prawie w każdym sądzie, a zebrane razem dałyby na pewno przerażające ilości. A ile kobiet ginie z tego powodu przy czy po porodach i nikt nie wie o prawdziwej przyczynie ich zgonu.

Ile dzieci dusi się niewinnie przy porodach miednicowych, które akuszerki biorą masowo na swoje sumienie, nie wzywając zasadniczo do nich lekarzy. To są fakty znane dobrze każdemu lekarzowi, który zajmuje się położnictwem. Mówi się o nich głośno z nazwiskami akuszerek i ich ofiar, ale nie przeciwdziała się z żadnej strony tym nienormalnym stosunkom, bo lekarze, co smutne, zabiegając w walce o chleb wszystkiemi, często bardzo nieprzyzwoitemi środkami, o względy akuszerek przymykają potem oczy na ich uchybienia i protegują w ten sposób partactwo położnicze akuszerek. Dzieją się i takie rzeczy, że lekarze upoważniają akuszerki do stosowania na własną rękę i według własnego uznania zastrzyków ergotyny, pituitryny i t. p., do wykonywania obrotów, wyjęć ręcznych łożyska, do leczenia poronień i t. d. Spotykałem w rękach akuszerek recepty na sporysz i jego preparaty, na morfinę, eumenol. Tego ani ja ani nikt nie potrafi zrozumieć i wytłumaczyć.

Podobnie przedstawia się sprawa porodu popłodów. Akuszerki wyjmują je ręcznie bez powodu i urywają przytem często pępowiny, pozostawiają kawałek łożyska, narażając kobiety na krwotoki, zakażenia lub śmierć. Szpitale są z konieczności przystanią, w której odgrywa się ostatni akt tych dramatów. Wśród przypadków, które przewinęły się przez szpital rzeszowski w ostatniem dziesięcioleciu, były przypadki bardzo ciężkie, przypominające swą potwornością przypadek Dra Stenzla. Leczyłem w r. 1925 położnicę, u której akuszerka wiejska szukając łożyska oderwała od pochwy macicę prawie na całym obwodzie jej sklepień pochwowych. Jako *curiosum* przytaczam drugi przypadek leczony przeze mnie w r. 1930, w którym akuszerka przy próbach wyjęcia ręcznego łożyska urwała pępowinę w miejscu jej przyczepu łożyskowego, a równocześnie odcięła prawdopodobnie paznokciami (!) okrężnie część pochwową macicy w 3/4 jej obwodu i górną połowę wargi sromowej większej w całej jej grubości.

Nierzadko przyjmujemy do szpitala przypadki z resztkami łożyska w macicy, które próbowały wyjąć ręcznie akuszerki, lub zakażeń połogowych, w których akuszerka wprowadzała rękę do macicy dla usunięcia łożyska. Sumienny lekarz boi się najwięcej ekstrakcji ręcznej łożyska wiedząc, czem ona grozi i stosuje wszystko możliwe, byle uniknąć tej smutnej konieczności. W przeciwieństwie do lekarza akuszerka ma dziwny pęd do środka macicy. Jej nie wystarcza wygniot Credé'go, masaż macicy, nastawienie macicy w silne przodozgięcie lub zimne okłady przy krwawieniach z macicy. Ją nęci to, co odstrasza lekarza i wchodzi lekkomyślnie ręką do jamy macicy.

Nieszczęśliwy paragraf 30 przepisów służbowych przewrócił w głowie akuszerkom przez pozorne zrównanie ich z lekarzami. Partactwo położnicze akuszerek, o którem piszę, jest tylko logicznem następstwem tego zupełnie niepotrzebnego paragrafu, rozgrzeszającego je zgóry wobec sądu, bo one wytłumaczą się zawsze, że pracowały w chwili ostatecznego niebezpieczeństwa, grożącego matce. Mimowoli nasuwa się pytanie, czy akuszerki dorosły do tego zadania właśnie w chwilach ostatecznego a bezpośredniego niebezpieczeństwa dla matki czy dziecka, w chwilach wymagających spokoju, zimnej krwi i zupełnego opanowania położnictwa, w których lekarze przeżywają najcięższe godziny swego zawodowego życia? Akuszerka góruje nad lekarzem w tych chwilach spokojem, bo nie zdaje sobie sprawy z powagi położenia i spokojnie skazuje rodzącą na kalectwo lub śmierć przez swoje zabiegi

Punkt 4-y art. 3-go Rozp. Prez. Rz. P. z 16/3 1928 r. upoważnia akuszerki jedynie do udzielania kobietom pierwszej pomocy w nagłych przypadkach w ciąży, porodzie i połogu do czasu przybycia lekarza. Jakie to są przypadki i jaką ma być pomoc akuszerki, o tem niema wzmianki. Nagłemi przypadkami dostępnemi dla pomocy akuszerki mogą być, mojem zdaniem, tylko krwotoki ciążowe, porodowe i połogowe, ostre zaparcie moczu lub stolca i wreszcie szybko przebiegający poród miednicowy. Z tych krwotoki ciążowe i porodowe domagają się szczelnej tamponady pochwy, której akuszerka z reguły nie umie. Cierpliwość zaś akuszerki i baczne śledzenie zachowania się macicy i jej odchodów po porodzie są najlepszą obroną w jej ręku przeciw krwotokom połogowym. W wypadku natomiast krwotoku połogowego powinna akuszerka ograniczyć się tylko do wygniotu Credé'go, masażu lub silnego przodozgięcia macicy i zimnych okładów z ew. uciskiem tętnicy brzusznej. W 99% przypadków wynik będzie dobry, a w jednym procencie, który zakończy się źle jeszcze przed przybyciem lekarza, będzie bezcelową tak niebezpieczna z jej strony próba wydobycia przez nią ręcznego łożyska. Fakt, że dostępne dla akuszerki zabiegi zawodzą nieraz w jej ręku, dowodzi tylko, że akuszerki stosują je źle, niecelowo lub w niewłaściwej chwili. Pozostawałaby jeszcze pomoc ręczna akuszerki przy szybko przebiegających porodach miednicowych, przy których w istocie niepodobna nieraz zawezwać na czas lekarza. Z tą pomocą, jakkolwiek niechętnie, musimy się pogodzić. Lecz i na tem polu zdarzają się ciągle nadużycia ze strony akuszerek, bo one występują czynnie nawet tam, gdzie był czas na sprowadzenie pomocy lekarskiej i wyciągają dziecko bez względu na zachowanie się ujścia zewnętrznego i szyjki macicy wywołując ich pęknięcia, powodując okaleczenia sromu i krocza, o które nie troszczą się zupełnie, pozostawiając je własnemu gojeniu. Podobnie traktują złamania rączek, nóżek i obrażenia splotów barkowych płodu, powstałe przy udzielaniu pomocy ręcznej, które później dostają się do leczenia lekarzom pod postacią skróceń, skrzywień lub zaniedbanych porażeń kończyn.

Niezdyscyplinowanie w czystości akuszerek zaciemnia w dodatku widoki powodzenia nagłej pomocy położnych przy porodach miednicowych.

Teren poprzecznego i ukośnego położenia nie powinien być nigdy dostępnym dla jakiegokolwiek rękoczynu akuszerki nawet w wypadku, o którym mówi paragraf 30 jej przepisów służbowych. Sprowadzenie na czas lekarza przy przeludnieniu lekarzami kraju i wygodnej komunikacji nie napotyka na żadne trudności. Rodzącej nie grozi żadne niebezpieczeństwo do chwili zupełnego zaniku szyjki i rozwarcia się jej ujścia zewnętrznego, a to nie zjawia się nagle, i wymaga czasu, który akuszerka powinna wyzyskać na sprowadzenie pomocy lekarskiej tem bardziej, gdy wszelki zabieg wewnętrzny w tym okresie jest przeciwwskazany. Troską dobrze wyszkolonej położnej będzie w tym czasie utrzymanie pęcherza płodowego możliwie do przybycia lekarza i skłonienie otoczenia rodzącej do natychmiastowego wezwania pomocy lekarskiej.

Podobnie nie może usprawiedliwić w żadnym wypadku wypadnięcie rączki lub pępowiny przy przedwczesnym odpływie wód prób akuszerki odprowadzenia wypadłych części lub obrotu, gdy wogóle nie odprowadza się rączki przy położeniu poprzecznem, a próba odprowadzenia pępowiny jest niecelową i wyjątkowo się udaje. Zdecydowanie się akuszerki na wykonanie obrotu nieczasowego Braxton-Hixa po odpływie wód płodowych uzna każdy nieuprzedzony lekarz za niedopuszczalny, bo więcej niż niebezpieczny eksperyment w jej ręku. W tych warunkach akuszerka powinna tem więcej zachować się biernie, nagląc tylko otoczenie chorej do najszybszego sprowadzenia lekarza.

Tam zaś, gdzie przy poprzecznem położeniu po odejściu wód ujście zewnętrzne zanikło zupełnie, a pierścień Bandla stoi wysoko, gdzie więc przygotowuje się pęknięcie macicy, wiemy, wśród jakich trudności i niebezpieczeństw obraca się nawet bardzo doświadczony położnik, i tem bezwzględniej nie można godzić się nawet na warunkowe pozwolenie dokonania obrotu akuszerkom, które fachowo nie są przygotowane do tego.

Z powyższych uwag wynika niewątpliwie, że niema żadnego powodu, usprawiedliwiającego art. 30 austr. przepisów służbowych dla akuszerek, a wszystko, co przytoczyłem, domaga się ustawowego wyraźnego zakazu „przedsiębrania jakiegokolwiek zabiegu śródmacicznego przez akuszerkę", który powinien zostać uwzględnionym w zapowiedzianej noweli do Rozp. Prez. Rzp. z 16/3 1928 jasno, wyraźnie i bezwzględnie.

Po myśli cytowanego rozporządzenia byłaby usprawiedliwioną pomoc akuszerek przy poronieniach i porodach przedwczesnych, jako przewidziana pomoc w nagłych przypadkach w ciąży, gdyby ona ograniczyła się do zachowania się wyczekującego wobec umiarkowanego krwawienia ciężarnej, a wytamponowania szczelnego pochwy przy silnym krwotoku, i skierowania chorej w każdym przypadku do lekarza, nie bawiąc się w jej leczenie. Śmiem twierdzić, że żadna położna nie daje, bo nie może dać, gwarancji dobrego i pewnego przeprowadzenia poronienia. W przeważnej ilości poronień pracuje za nią natura, i poronienie przechodzi samo z siebie gładko bez uszczerbku zdrowia dla kobiety. Rzadziej przebieg poronienia jest nieprawidłowy, a pomoc lekarska potrzebna. Dla akuszerki, która nie rozumie niczego, tok poronienia jest zawsze pomyślnym, i w tym duchu uspokaja chorą i jej otoczenie. Mniej odważne akuszerki czekają stosując okłady i krople cynamonowe. Więcej śmiałe wkraczają czynnie, a skutki tego leczą później lekarze. Każdy praktyk spotyka się z niemi, a są to pomijając skrwawienia się lub zakażenia nawet śmiertelne — ciężkie postacie niedokrwistości, sprawy zapalne ostre, podostre czy przewlekłe macicy i przymacicz, uporczywe krwawienia z powodu pozostałych resztek jaja płodowego i t. d. Trafiają się i gorsze nieszczęścia. W ciągu ostatnich 20 lat leczono na Oddziale położ. ginek. Szpitala powsz. we Lwowie 6 przypadków przedziurawień macicy, dokonanych przez akuszerki przy udzielaniu czynnej pomocy w poronieniach (?) (Dr. J. Ross. Przedziurawienia macicy. Polsk. Gaz. Lek. Nr. 7. z 1932 r.). W tem było 5 rozdarć szyjki i 1 przedziurawienie dna macicy. W szpitalu rzeszowskim operowaliśmy w ciągu ostatnich 10 lat jedno przedziurawienie dna macicy spowodowane przez akuszerkę w związku z poronieniem. Podobnych przypadków jest niewątpliwie o wiele więcej, aniżeli wiemy o nich. Wiele z nich, zwłaszcza pęknięć szyjki, goi się samoistnie, a niektóre kończą się śmiercią bez pomocy lekarskiej. To wszystko nie obniża jednak prestiżu akuszerek i kobiety garną się do nich dalej jak ćmy do ognia składając ofiary z zdrowia lub życia. Poronień jest przecież wiele. Najmniej wiedzą jednak o nich lekarze. Partactwo położnicze akuszerek kwitnie i rozszerza się bezkarnie na oczach władz, a lekarze i społeczeństwo, których ono krzywdzi najwięcej, milczą. W interesie jednostek i zdrowia publicznego powinno się przeciwdziałać temu wszystkiemi możliwemi środkami, a w pierwszym rzędzie powinna zająć stanowisko obronne nowela do Rozp. Prez. Rz. p. z 16. III. 1928 określając jasno nieprawne leczenie poronień przez akuszerki nazwą: karygodnego partactwa położniczego z ich strony.

Istotą i treścią zawodu akuszerki jest ochrona przez nią budzącego się życia. Wbrew temu akuszerki niszczą w ostatnich czasach coraz częściej kiełkujące życie w łonie matki. Do niedawna jeszcze zjawisko sporadyczne — stało się dzisiaj masowem. Doszło do tego, że prawie codziennie słyszy się lub czyta o śledztwach karnosądowych przeciw akuszerkom z § 144 a. u. k. tak, że skazanie akuszerki przez sąd za powyższą zbrodnię więzieniem i utratą dyplomu przestaje już dziwić. W rzeszowskim Sądzie okręgowym wydano w ostatnich 3 latach dwa zasądzające wyroki z tego powodu, pozbawiające dwie akuszerki wolności i dyplomów. Zasądzone odsiedziały kary i przerywają ciąże w dalszym ciągu pod okiem władz, które wydały wyroki. W tym samym sądzie prowadzono śledztwo z oskarżenia P. P. przeciwko innej akuszerce podmiejskiej podejrzanej o masowe spędzanie płodów. Zgóra sto dziewcząt i kobiet z jednej wsi przesunęło się przed sędzią śledczym, posądzonych o współwinę w tej sprawie. Wyniku śledztwa nie znam. Akuszerka przeniosła się w inne miejsce, by prawdopodobnie robić to samo. Przy rewizji zarządzonej u tych akuszerek skonfiskowała policja metalowe sondy maciczne, rozszerzadła oryginalne Hegara, różne druty, katetery jedwabne półsztywne i cienkie szklane kanki maciczne odpowiadające grubością Nr. 5 cewnika Nelatona.

W szpitalu rzeszowskim dokonaliśmy laparotomji u chorej, u której akuszerka stołeczna wykonywała 3 razy zabieg operacyjny celem przerwania ciąży, powodując przebicie dna macicy z wgłobieniem się do jej jamy pętli jelita cienkiego i zgorzelą wgłobionego odcinka. Leczyliśmy również szereg poronień zakażonych, a zapoczątkowanych przez akuszerki. W ostatnich latach uderza liczebny wzrost poronień, przyjętych do szpitala. Zjawisko to zdaje się być powszechnem. Fritz Reuter wyraził opinję, że 90—95% wszystkich poronień jest kryminalnych. Według wiedeńskiej statystyki przypada w Wiedniu na jedno żyjące dziecko dwa poronienia. Zgodnie z Bummem obserwujemy i my zwiększenie się wybitne poronień zakażonych, które niektórzy uważają z reguły za sztuczne. W tym ilościowym wzroście poronień przeważają przypadki dotyczące młodych, zdrowych, kobiet z ciążą nieślubną, w których nie można było ustalić przyczyny usprawiedliwiającej dobrowolne poronienie. Mimowoli więc nasuwa się przypuszczenie zmiany taktyki w spędzaniu płodów przez akuszerki. W obawie przed policją i sądem akuszerki rozpoczynają poronienie i nie czekając na odejście jaja płodowego, odsyłają klijentki do szpitala z „poronieniem w toku", zrzucając tem samem z siebie odpowiedzialność za ewentualne niepożądane następstwa na szpital. Wywiady nie prowadzą do celu, bo ciężarne odpowiednio pouczone milczą i przeczą wszystkiemu. Lekarz sły-

szy stałą odpowiedź, że krwotok wystąpił nagle przy myciu podłogi lub podźwignięciu wiadra z wodą. Niektóre tylko przyznają, że piły jakieś ziółka lub zażyły kilka proszków chininy z polecenia akuszerki albo, że krwotok wystąpił po gorących okładach na podbrzusze przy równoczesnem stosowaniu gorących nasiadówek lub kąpieli nożnych. Wprost do wyjątków należy przyznanie się chorej, że akuszerka przestrzykiwała pochwę nieznanym jej gorącym lekiem lub że zaczęła krwawić po zabiegu wewnątrzpochwowym, stosowanym u niej przez akuszerkę. Wspominają o szkiełkach, gumach lub drutach, które widziały w ręku akuszerki, ale nie umieją, może nawet szczerze, podać, co za zabieg wewnątrzpochwowy stosowały u nich akuszerki.

Z reguły nie wydają nazwiska położnej. W dwu tylko nieszczęśliwych przypadkach leczonych w szpitalu, ujawniły umierające nazwisko akuszerki, która przerywała u nich ciążę, dopiero wobec grozy śmierci.

W roku 1929 przywiozła akuszerka wiejska do szpitala kobietę w trzecim miesiącu ciąży z drutem tkwiącym w macicy podając, że wprowadziła jej celem spędzenia płodu przez szyjkę do jamy macicy kawałek zwykłego, dosyć grubego drutu, haczykowato zgiętego na końcu, którego nie mogła wyjąć zpowrotem. Przy badaniu stwierdziliśmy przebicie drutem przedniej ściany trzonu tyłozgiętej macicy z wklinowaniem się drutu w miąższu macicznym. Usunęliśmy drut i jajo płodowe przez hysterotomję przednią.

Samo przez się rozumie się, że spędzanie płodu przez akuszerki wykracza daleko poza ramy partactwa położniczego i podpada jako zbrodnia pod art. 230 kod. karn.

Stare aforyzmy: *„propter solum uterum mulier est, quod est"* H e l m o n t a i *„uterus omnium causa morborum, qui mulierem infestant"* H i p p o k r a t e s a nie straciły do dzisiaj, nie bez racji, swego pierwotnego znaczenia.

W codziennej praktyce słyszymy do znudzenia, jak chore czynią odpowiedzialnemi swoje macice za wszelkie dolegliwości, wmawiając w lekarzy ich skrzywienia, opadnięcia, oberwania lub katary w przypadkach dychawic, chorób krwi, wątroby, nerek i t. p. Jedne czują swoje macice wysoko w brzuchu, przemieszczające się z miejsca na miejsce, inne czują je w dołku podsercowym lub w gardle. Wykrycie przez lekarza innej przyczyny spotyka się stale z niewiarą w jego badanie, wiedzę i zamierzone leczenie. Słowa, które Goethe włożył w usta Mefistofelesa:

„Es ist ihr ewig Weh und Ach
So tausendfach
Aus einem Punkte zu kurieren"

stały się wiarą tych kobiet, którą wykorzystały sprytnie dla swoich celów akuszerki, a którą zlekceważyli niesłusznie lekarze. Zakres działania akuszerek rozszerzył się szybko. Po partactwie położniczem przyszła kolej na ich partactwo lecznicze ogólne, które dzisiaj zakorzeniło się tak silnie w społeczeństwie naszem, że walka z niem będzie trudną, jeżeli nie beznadziejną. Partactwo akuszerek objęło nietylko choroby kobiece jako takie, lecz wogóle choroby kobiet. Nikt nie oburza się na nie i nikt nie występuje przeciw niemu. Niejeden ginekolog byłby szczęśliwy z klienteli, jaką mają akuszerki. Lekarze sami zniszczyli swoją praktykę nie pilnując swoich uprawnień i zasłużyli na dolę, która gniecie ich dzisiaj.

Nastawione w kierunku schorzeń narządu rodnego partaczenie lecznicze akuszerek sieje wkoło bezmiar zła: 1) przez nieuwzględnienie istotnej choroby, 2) przez błędne, szkodliwe lub niepotrzebne leczenie macicy z jej przydatkami. Akuszerki podnoszą i odkrzywiają macice zgłaszającym się do nich chorym kobietom po porady przy pomocy krążków, stosują okłady na brzuch lub kąpiele z dodatkiem soli, otrąb lub wywaru siana, kory dębowej lub mieszaniny ziół, smarują podbrzusza, przestrzykują pochwę gorącemi płynami, masują macice, niekiedy stosują pijawki, a prawie zawsze bańki suche lub cięte i t. d., rozpoczynając każde leczenie od środka przeczyszczającego, najchętniej wlewki odbytnicowej. Wybór ordynacji zależy od przypadku lub od jakości skarg podmiotowych klientki. Jakie katastrofalne krzywdy robi się kobietom, które zaufały w swej głupocie, a w dobrej wierze dyplomowanym fuszerkom, ordynacją najczęściej bezcelową a często źle i niewłaściwie zastosowaną i dlatego wprost szkodliwą, uczy codzienna praktyka. Pomijam już szkody, jakie odnoszą te kobiety przez zaniedbanie w odpowiednim czasie leczenia ich rzeczywistych schorzeń, jak chorób serca, płuc, otrzewnej i t. p., ale poruszę spustoszenia czynione przez akuszerki na narządzie rodnym tych kobiet, jakie stwierdziłem nieraz u nich w następstwie ordynacyj pań akuszerek. Obserwowałem przykre okaleczenia pochwy, powstałe przy brutalnem zakładaniu krążków przez położne. Trzeba było nieraz śmiać się, gdy stwierdzało się przy badaniu w pochwie krążki małe, nie mające dla siebie oparcia, zmieniające swoje położenie, co wywołuje przez to samo różne dolegliwości u chorych. Znane są powszechnie wrzody i odleżyny pochwy w następstwie krążków za wielkich lub za długo noszonych z winy akuszerki, która dobrała nieodpowiedni wielkością krążek lub zaniedbała z nieświadomości udzielić wskazówek kobiecie, jak ma się zachować, mając w sobie krążek. Leczyłem przypadki ciężkiego zapalenia wysiękowego przymacicz, w których akuszerka podnosiła poprzednio macicę i założyła na „niby wyprostowaną" krążek. Leczyłem przypadek ustalonego tyłozgięcia macicy, w którym założony przez akuszerkę krążek wywołał ataki podniecenia szałowego przez ból w podbrzuszu i krzyżach, którego akuszerka nie mogła niczem umniejszyć ani usunąć. Leczyliśmy w szpitalu bezskutecznie ropne rozlane zapalenie otrzewnej, powstałe wskutek pęknięcia ropnia jajnika przy niewyjaśnionym nam rękoczynie akuszerki w pochwie dotyczącej kobiety.

Kolekcja tych smutnych przypadków, zebrana od wszystkich kolegów i ze wszystkich szpitali, byłaby przerażającą, uzupełniona jeszcze licznemi, niezamierzonemi bo nierozpoznanemi a przerwanemi ciążami przez gorące nasiadowe kąpiele i gorące przepłókiwania pochwy stosowane na prawo i lewo przez akuszerki. Wśród tej kolekcji znalazłyby się również ciężkie rozlane zapalenia otrzewnej i ogólne posocznice powstałe po masażach podbrzusza przy ostrych sprawach zapalnych przydatków macicy, co obserwowałem w praktyce szpitalnej i prywatnej, a co było powodem sekcji sądowej w dwu przypadkach w Sądzie rzeszowskim.

Przy sposobności omawiania partactwa leczniczego akuszerek należy poruszyć jeszcze sprawę rzeżączki i sprawę raka macicy. Nierozpoznana i niewłaściwie leczona przez akuszerki rzeżączka kobiet kryje w sobie podwójne niebezpieczeństwo: przenoszenia się na inne osoby i szerzenia się na wszystkie odcinki narządu moczopłciowego zarażonej kobiety. W sprawie zaś leczenia raka szyjki macicy stwierdzamy nieraz, że chore dotknięte tem cierpieniem leczą się długie miesiące bezskutecznie u akuszerek i zgłaszają się u lekarza dopiero w takim stanie, że nie można myśleć o zabiegu operacyjnym a leczenie energją promieniotwórczą może dać tylko w drobnej ilości przypadków wyleczenie.

Apteki pomagają akuszerkom w ich fuszerce leczniczej, wydając na ich recepty(!) leki. Świeżo widziałem receptę napisaną przez akuszerkę wiejską i przez nią podpisaną na *„Adovern* Spiess, *Stypticin in tablet.* Merck, i rozczyn wodny 1% *Morph. hydr."* otaksowaną i wydaną przez jedną z aptek publicznych.

Obraz partactwa leczniczego akuszerek nie byłby wyczerpującym, gdybym nie wspomniał jeszcze pokrótce o leczeniu nieprawnem przez akuszerki niemowląt i starszych dzieci. Z ich rąk dostają się lekarzom często już tylko żywe trupy. U chorych dzieci akuszerki widzą najczęściej przyrośnięcie języczka i „przechynięcia". Smarują więc przypadki gruźliczego próchnienia kręgów, ostrych i gruźliczych zapaleń stawu biodrowego, zapaleń wyrostka robaczkowego i gruźlicy otrzewnej, przeoczają błonicę i płonicę, nie skąpiąc, gdzie się da, baniek, bo te zabiegi dają, zwłaszcza po wsiach, pożądany efekt, a znajdując uznanie ludzi, dają równie dobry dochód.

* * *

Powyższy artykuł napisany na podstawie bezpośrednich spostrzeżeń i przeżytych faktów, dotyka dwu społecznych bolączek: 1) niedostatecznego przygotowania zawodowego akuszerek i 2) ich partactwa położniczego i leczniczego. Celem mego artykułu jest zaalarmowanie władz i lekarzy, że źle dzieje się, że przez to cierpi interes zdrowia publicznego i współpraca lekarza z akuszerką, i że w naszym warsztacie pracy gospodaruje bezkarnie, kto chce, że gospodarują w nim także akuszerki na szkodę społeczeństwa i naszą szkodę. Obie sprawy mają podstawowe znaczenie. Są przecież granice, których powinno się strzec, by ich nie przekraczano pod żadnym pozorem na szkodę społecznego dobra, jakiem jest zdrowie każdej jednostki od pierwszej chwili jej istnienia przez całe jej życie.

Najwyższy już czas, by naprawić zło, jakie w tej dziedzinie wyrządziło przymykanie oczu na wadliwie funkcjonujący aparat opieki położniczej i na szalejące w kraju partactwo lecznicze bez względu na to, kto je wykonuje. Nie trzeba nawet szukać dróg i środków prowadzących do tego. Określają je przepisy administracyjne i kodeksu karnego. Potrzeba tylko dobrej woli do ich bezwzględnego przestrzegania i stosowania, by nie były niezamierzoną ochroną partaczy, co widzimy zbyt często w praktyce, a partactwo lecznicze zniknie. Byłoby pożądanem, by zapowiedziana nowela do rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 roku postawiła jasno tę sprawę, określając wyraźnie prawa i obowiązki zawodowe akuszerek, określając dokładnie granice, gdzie rozpoczyna się ich partactwo położnicze i lecznicze, podpadające pod odnośne paragrafy przepisów karno-administracyjnych lub

karno-sądowych. Lekarze, których prawa zawodowe podważa się ze wszystkich stron, muszą domagać się tego w obronie tych praw tem bardziej, gdy one pokrywają się z interesem ogólnego dobra. W słusznej obronie tych praw powinny wystąpić również Związki zawodowe i Izby lekarskie, nie czekając aż różni znachorzy, a między nimi i akuszerki, wypiją wszystkie soki z naszego zawodu.

Na wiosnę b. r. odbył się w Krakowie zjazd położnych pod hasłem: „precz z babkami". I słusznie. Lecz w miejsce „babek" trzeba dać „biednym matkom nawet najniższych warstw społecznych położne istotnie przeszkolone, wiedzące doskonale, jak w danych warunkach należy się zachować i w jakiej chwili konieczną jest interwencja lekarska", a nie dawać im „krajsbabek". Dzisiaj jest to niepodobnem. Dobre akuszerki osiedlają się w miastach i stronią od miasteczek i wsi. Będzie to możliwem, gdy wychowa się nowe pokolenia akuszerek na innych podstawach szkolenia, o czem powinna pomyśleć nowela do cytowanego rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, uzależniająca przyjęcie do szkół położnych od ukończenia 7 klas szkoły powszechnej z zastrzeżeniem wyboru z pośród kandydatek materjału najinteligentniejszego i rozszerzająca równocześnie czas trwania nauki na trzy lata (w tem dwa lata nauk teoretyczno-praktycznych w szkole i jeden rok ćwiczeń praktycznych na oddziale położniczym jednego z większych szpitali w kraju). Nowela powinna wprowadzić także przymus przeszkalania akuszerek co 5 lat.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Wojskowy. Nr. 10. z 15. XI. — W. Osmólski: Dziesięciolecie Centrum wyszkolenia Sanitarnego. — T. Janiszewski: Dezynsekcja cyjanowodorem i przyrząd dr. Stinera do dezynsekcji rzeczy tym środkiem. — B. Szarecki: W sprawie przetaczania krwi w wojsku w czasie wojny i w czasie pokoju. — B. Pawłowski: Ewakuacja i segregacja rannych z punktu widzenia chirurga w zastosowaniu do obecnego regulaminu służby zdrowia w polu.

Medycyna Praktyczna. Z. 10. J. Jankowiak: O wskazaniach i przeciwwskazaniach w leczeniu promieniami pozafiołkowemi. M. Staroniewicz: Jamy w gruźlicy płuc (c. d.). — K. i J. Brossowie: Preparaty z żołądków zwierzęcych w leczeniu niedokrwistości złośliwej typu Biermera.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 46. z 17. XI. J. Glass: O mocznicy pozanerkowej (c. d.). — S. Bau-Prussakowa: O naczyniakach mózgu.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 47, z 20. XI. F. Sianko: Surowice krzemionkowe oraz ich przetwory. (c. d.).

Patologja. Zeszyt 1. W. Bross. Przyczynek do kliniki choroby Recklinghausena. — K. Bross: O eunuchoidyźmie.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Podręcznik nauki o nowotworach złośliwych. (Précis de cancérologie). Prof. DUCUING. Paris 1932. Masson et Cie. stron 1259 z 516 rycinami. Cena 140 franków fr.

Nazwy *„cancer"* używają nowsi autorowie francuscy nietylko na oznaczenie właściwych raków, ale wogóle wszystkich nowotworów złośliwych. Stąd też i podręcznik prof. Ducuinga, profesora chirurgji i dyrektora ośrodka walki z rakiem w Tuluzie, nie jest książką o rakach, ale o wszelakich złośliwych nowotworach.

W przedmowie przeznacza autor swój podręcznik dla studentów. Nie mam tu zamiaru rozpatrywać, czy dla studentów medycyny jest konieczny osobny podręcznik, zawierający obok ogólnej patologji (etjologji, patogenezy, anatomji patologicznej) i kliniki (semjologji, diagnostyki i terapji) także szczegółową patologję i terapję każdego z nowotworów każdego z narządów, ale tylko nowotworów złośliwych w oderwaniu od nowotworów niezłośliwych, które w książce są zupełnie pominięte, — ani też nie zamyślam zastanawiać się nad tem, czy student zdoła w czasie studjów przeczytać tak obszerne dzieło, dotyczące jednego tylko rozdziału patologji i terapji ogólnej i szczegółowej. Autor uzasadnia potrzebę takiego dzieła rozmiarami współczesnego piśmiennictwa o nowotworach, rozprószonego na mnóstwo rozpraw i prac specjalnych, a brakiem książki, zawierającej treściwe wiadomości o wszystkiem, nie obciążonej zaś balastem nazwisk i rozmaitych rozbieżnych poglądów. Może i ma słuszność; zdaje mi się tylko, że taka książka, w rodzaju krótkiej encyklopedji, może przynieść pożytek raczej lekarzowi, niż studentowi.

Bez względu na to, dla kogo autor swą książkę przeznaczał, osiągnął on niewątpliwie cel, który sobie wytknął. W podręczniku prof. Ducuinga znaleźć można wiadomości istotnie o wszystkich zasadniczych zagadnieniach, dotyczących ogólnej i szczegółowej patologji i terapji nowotworów złośliwych. Wobec ogromu materjału, podręcznik nie zapuszcza się oczywiście w drobniejsze szczegóły, lecz podaje tylko główne rzeczy w formie dogmatycznej, krótko, zwięźle i jasno. Nie byłby autor wytrawnym dydaktą, doświadczonym znawcą nowotworów (no i.... Francuzem), gdyby było inaczej; treściwość i precyzja jest też cechą podręcznika.

Dążąc do ułatwienia czytelnikowi zrozumienia obrazów histologicznych, autor naumyślnie posługuje się rysunkami schematycznemi. Podzielam wprawdzie zdanie, że uproszczony rysunek pouczy nieraz lepiej, niż mikrofotografja lub wierna kopja obrazu mikroskopowego, jednakże to uproszczenie nie powinno iść zbyt daleko, a pod tym względem ryciny zawarte w podręczniku nie są bez zarzutu. Skłonność autora do upraszczania, schematyzacji, — nie wiem, czy umyślną — odczuwa się jednak także i w tekście, a idzie ona nieraz może za daleko. Trudno naprzykład zgodzić się na określenie komórek nowotworowych, jako zasadniczo wielopostaciowych (str. 16), albo na twierdzenie, że jądra komórek nowotworowych są najczęściej duże, albo na traktowanie metaplazji tkanki łącznej w nabłonkową i naodwrót, — uznawanej przez niewielu autorów, — narówni prawie z ogólnie przyjętemi rodzajami metaplazji (str. 22—23, zwłaszcza schemat), albo na zaliczenie „pewnych komórek limfoidalnych" bez szczegółowego wyjaśnienia do układu siateczkowo-śródbłonkowego, albo na takie ujęcie „odróżnicowania", jak je podaje autor. Zbyt apodyktyczne wydaje mi się też np. określenie komórek nowotworów złośliwych jako „odrębnej rasy komórkowej" (str. 33) i t. d. Z temi uproszczeniami poradzi sobie jednak łatwo czytelnik, który swe wiadomości o nowotworach oprze nietylko na podręczniku prof. Ducuinga, a takim będzie chyba każdy czytelnik tej książki w Polsce.

Ciechanowski (Kraków).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

La cure thermale carbogazeuse en thérapeutique cardiovasculaire. P. N. DESCHAMPS. Masson et Cie. 1932. Str. 140. fr. 16.

Bardzo pożyteczny podręcznik leczenia wodami kwasowęglowemi schorzeń serca i naczyń. Autor, długoletni asystent prof. Vaqueza na stacji kardjologicznej w szpitalu Lariboisière, a obecnie lekarz w zdrojowisku Royat, następca J. Heitz'a, który wyspecjalizował Royat jako zdrojowisko dla tych właśnie schorzeń, przeprowadził swe zadanie przedstawienia całokształtu balneoterapji narządu krążenia wzorowo. Oczywiście dyskretna propaganda dla Royat przewija się przez całe dzieło, ale można mu to wybaczyć. Cała wiedza balneologiczna aż do ostatniej doby jest tu w jasnym, potoczystym stylu przedstawiona, świtające nowe teorje nie zostały omówione.

Na podstawie całej poważnej literatury tego przedmiotu (cytuje 159 prac, w tem Kmietowicza i Skórczewskiego) przedstawia D. teorję i praktykę leczenia kąpielami szczawnemi, piciem tych wód, zabiegami pomocniczemi, dietą i t. d. Na szczególne podkreślenie zasługują rozdziały o nadzorze lekarskim leczenia, o diecie, o piciu wód. D. potępia wymownie zbyt jednostronne ograniczanie soli, mięsa i płynów u chorych, których bilans chlorków, azotu i wody jest prawidłowy, broni krenoterapji (piciem wód) w przypadkach odpowiednich, zgodnie z całym kierunkiem francuskiej balneologji a wbrew niemieckiej, która jest tu zbyt powściągliwa, bardzo pięknie różniczkuje działanie kąpieli przesyconych bezwodnikiem węglowym, a kąpieli uboższych w CO_2 przeciwstawiając się nadmiernemu kultowi najwyższego nasycenia gazem. Sposób patrzenia na wyniki lecznicze jest nawskroś objektywny. Z całego przedstawienia widać też doskonałe wyposażenie Royat w pomoce laboratoryjne.

Sabatowski (Lwów).

Proteinoterapja. R. SCHMIDT. Med. Klin. Nr. 10. 1932.

Wprowadzenie pozajelitowe białka ma za zadanie wzmożenie sił obronnych całego organizmu. Korzystamy z tego wówczas, gdy tkwiący w ustroju proces chorobowy nie jest w stanie wywołać reakcji w całym organiźmie. Reakcja miejscowa przebiega w 2 fazach: faza pierwsza negatywna, w sensie wzmożenia objawów chorobowych oraz druga, pozytywna, w której ustrój nabywszy w pierwszej fazie odporność zwalcza objawy chorobowe.

Godłowski (Kraków).

Działanie histaminy w schorzeniach stawów. A. J. BURKHARDT. Ther. d. Gegenw. Nr. 5. 1932.

Wpływ histaminy na napięcie naczyń włosowatych (rozszerzenie ich) oraz wpływ pobudzający wydzielanie soku żołądkowego ma znaczenie w patogenezie i leczeniu przewlekłych schorzeń stawów, w których zwykle, a zwłaszcza w przypadkach pierwotnie przewlekłych istnieje zaburzenie w ukrwieniu kapilarnem skóry i części miękkich stawów.

1) Po inj. 0.1—0.4 mg histaminy (prep. *Imido* „Roche") w części miękkie otoczenia stawów, stwierdzał autor prawie natychmiast zaczerwienienie skóry, zmniejszenie bólów i ułatwienie ruchów w odnośnych stawach oraz podwyższenie ciepłoty skóry otoczenia. Jak wiadomo, na działaniu tem polegają prawie wszystkie środki przeciwreumatyczne miejscowe, jako też kąpiele.

2) Po inj. 0.1—0.2 mg histaminy podskórnie stwierdzał wzrost pH moczu w kierunku zasadowym, prawdopodobnie jako pośrednie następstwo zwiększonego wydzielania kwaśnych wartości drogą soku żołądkowego, zwiększenie zaś zasobu zasad krwi ma być czynnikiem regulującym napięcie naczyń, co znowu stoi w związku z działaniem histaminy w miejscu wstrzyknięcia.

J. Eichel (Lwów).

Leczenie przewlekłego zapalenia stawów na tle gośćcowem za pomocą dożylnych wlewań jodku sodowego. SNIEGURSKIJ J. A. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 8. 1932.

Autor stosował dożylnie 10% roztwór jodku sodowego w 47 przypadkach przewlekłego zapalenia stawów, wyłącznie na tle gośćcowem. Po raz pierwszy wprowadzał 10 cm^3 roztworu. Po 1—2 dniach 20 cm^3. Ilość wlewań 10—15. W 38 przypadkach uzyskał wyniki dodatnie t. j. bóle i ograniczoność ruchów zmniejszyły się lub znikały; chorzy mogli przystąpić do pracy.

W. Lewiński (Lwów).

O śródbrzusznem stosowaniu salyrganu. NONNENBRUCH. Ther. d. Gegenw. Nr. 3. 1932.

W przypadkach puchliny brzusznej, po wstrzyknięciu salyrganu śródbrzusznie bezpośrednio lub po wypuszczeniu płynu otrzymywał autor wyniki w niektórych przypadkach znacznie lepsze, niż po injekcjach dożylnych, a nawet i wtedy, gdy te ostatnie zawodziły.

Poprzednie zakwaszenie ustroju nie ma wpływu na diurezę. Odradza stosowania salyrganu śródbrzusznie bez obecności puchliny.

Technika: w linji białej, nad spojeniem łonowem, po uprzedniem opróżnieniu pęcherza. Dawka: 2 cm^3.

J. Eichel (Lwów).

Skombinowane leczenie substancją tarczycową z potasem i kw. fosforowym otyłości pochodzenia hormonalnego. G. KOEHLER. Med. Klin. Nr. 10, 1932.

Przez równoczesne stosowanie preparatów zawierających kw. fosforowy i potas (lipo-aktywator) oraz podawanie samej tarczycy, uzyskiwał autor w wielu przypadkach w przeciągu 3 do 6 tyg. w otyłości pochodzenia hormonalnego spadek ciężaru ciała o 3 do 14 kg. Zaburzeń ubocznych nie obserwował.

Godłowski (Kraków).

Zastosowanie czerwi w leczeniu przewlekłego zapalenia szpiku kostnego. BUCHMAN i BLAIR. Surg. Gyn. and Obst. sierpień 1932.

Pierwszym, który zastosował tę metodę był Ambroise Paré. W ostatniej wojnie Baer zauważył w kilku przypadkach bardzo dodatnie działanie czerwi na rany ropiejące. Autorowie opisują własny sposób hodowli, wyjaławiania i przygotowywania czerwi do użytku. Z wyników, jakie uzyskali, są zadowoleni i leczenie to uważają za godne polecenia w przypadkach przewlekłego zapalenia szpiku kostnego po usunięciu martwiaków.

Michałowski (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Gruźlica a ciąża. BLISNJANSKAJA. Arch. f. Gyn. T. 146, z. 2.

Materjał obserwacyjny pochodzi z zakładu położniczego dla ciężarnych gruźliczych imienia Klary Zetkin w Moskwie i obejmuje 429 przypadków a wyniki obserwacji są następujące:

Ciąża, poród i połóg u osób gruźliczych przebiegają naogół zupełnie prawidłowo. Podnieść należy, że wzmożonego ciśnienia w granicach normy maksymalnej, fizjologicznej, które w warunkach fizjologicznych występuje pod koniec ciąży, nie zauważono u ciężarnych z niezupełnie wyrównaną postacią gruźlicy. U kobiet tych w czasie badania kontrolnego po porodzie lub też w przypadkach przerwania ciąży zauważono skłonność do obniżania się ciśnienia krwi. Odsetek porodów przedwczesnych u kobiet gruźliczych nie jest wyższy jak u niegruźliczych. Podobnie zupełnie rzecz ma się odnośnie do schorzeń połogowych.

Badania kontrolne wykazały, że postać wyrównana gruźlicy tak po porodzie jak i po przerwaniu ciąży nie ulega zmianie.

W przypadkach gruźlicy niezupełnie wyrównanej stwierdzono w przeważającej liczbie przypadków poprawę, ale u kobiet, które w czasie ciąży i po porodzie pozostawały w leczeniu sanatoryjnem i u których stosowano wszystkie najnowsze sposoby leczenia.

Założenie odmy piersiowej w czasie ciąży i po porodzie poprawia znakomicie stan płuc.

Dzieci urodzone z matek gruźliczych wykazują normalne wartości tak co do wagi jak i wszystkich wymiarów, a ilość urodzonych potworków lub z różnemi wadami rozwojowemi nie jest większa, jak u dzieci urodzonych z matek zdrowych. Tak samo śmiertelność tych dzieci nie jest większa jak innych.

Skompensowana postać gruźlicy nie daje żadnego wskazania do przerwania ciąży.

Kontrola kobiet gruźliczych z postacią wyrównaną wykazuje po przerwaniu ciąży o wiele większą poprawę u tych, które leczenie przeprowadzały w sanatorjum.

Przy określaniu wskazań do przerwania ciąży należy uwzględniać warunki socjalne kobiet gruźliczych, ich chęć urodzenia dziecka i możność leczenia sanatoryjnego.

W postaciach niezupełnie wyrównanej gruźlicy winna kobieta w czasie ciąży być stale pod ścisłą kontrolą i opieką. Tylko wówczas, gdy sprawa się nie poprawia należy rozważyć ew. przerwanie ciąży z następowem leczeniem sanatoryjnem.

Ciążę należy przerywać w pierwszych 10-ciu tygodniach, przerywanie jej w drugiej połowie w przypadkach ciężkich jest bezcelowe, zwłaszcza z uwagi na niebezpieczeństwo laparotomji.

Przy gruźlicy krtani należy ciążę przerwać możliwie zaraz, im wcześniej tem lepiej.

Jeśli u matki stwierdza się prątki, należy dziecko jej izolować.

Opieka nad matką i dzieckiem winna dbać o to, aby w sanatorjach przeznaczano więcej łóżek dla ciężarnych gruźliczych i aby dla tych chorych budowano specjalne sanatorja, w których winny się mieścić oddziały izolacyjne dla dzieci.

K. B. (Lwów).

Kliniczne doświadczenia w sprawie drgawek porodowych i ich leczenia. KLAFTEN. Arch. f. Gyn. T. 146, z. 3.

Materjał obserwacyjny, pochodzący z I. kliniki położniczej wiedeńskiej z ostatnich 10 lat, obejmuje 331 przypadków. Na podstawie krytycznej oceny tego materjału wypowiada autor szereg uwag, jak następuje: I tak co do statystyki śmiertelności, jest zdania, że jak długo nie mamy pewnych danych klinicznych w rozpoznaniu eklampsji, należy wszystkie przypadki drgawek zaliczyć jako eklampsję, nie wyłączając nawet przypadków, w których obdukcja wykazuje brak zapalenia wątroby.

Rozwiązanie przy pomocy cięcia cesarskiego, jak dotychczas doświadczenie poucza, nie wpłynęło na zmniejszenie śmiertelności matek, zmniejszyło natomiast odsetek dzieci nieżywo urodzonych. Ponieważ atoli statystyka wykazuje, że rozwiązanie albo przerywa napady drgawek lub też zmniejsza ich częstość, należy dążyć zasadniczo do skrócenia porodu. Oprócz straty krwi działa tu korzystnie przerwanie czynności mięśnia macicznego, którego skurcze drogą reflektoryczną mogą wywoływać drgawki. Bardzo poważną rolę w powstawaniu drgawek gra tu atoli zaburzenie w kurczowym nastawieniu naczyń wskutek zmienionego rozłożenia krwi i wskutek reflektorycznych kurczów naczyń w czasie bólu, które zostają wywołane przez inkret przysadki i produkta rozkładu przemiany materji.

Nie należy atoli przeceniać wartości rozwiązania. Liczne duże statystyki wielu autorów wykazują bowiem, że odsetek śmiertelności nie różni się zbytnio bez względu na to, czy rozwiązało się kobietę przy pomocy cięcia cesarskiego, czy też drogami naturalnemi. Ukończenie porodu ma o tyle znaczenie, że usuwa czynność porodową, która może wywołać drgawki. Dla matki atoli najdelikatniejszym zabiegiem jest poród drogami naturalnemi i dlatego, o ile to tylko możliwe, należy ją w ten sposób rozwiązać. Cięcie cesarskie należy stosować ewentualnie u starszych pierwiastek zwłaszcza w interesie dziecka, a nadto w przypadkach, gdzie równocześnie istnieje miednica ścieśniona, łożysko przodujące, wady serca, przewlekłe zapalenie nerek lub inne poważne powikłania. Należy do nich zaliczyć również przypadki z poważnemi zmianami naczyń z pierwotną hipertonją, gdyż wobec skłonności do insultów apoplektycznych należy u chorych takich unikać silniejszych wahań w ciśnieniu krwi.

Profilaktycznie zaleca autor dietę głodową, bezsolną a w razie istnienia obrzęków ograniczenie znaczne płynów i diuretynę w dawce do 2 g dziennie.

Jeśli przemiana podstawowa jest zmniejszona, stosuje preparaty tarczycy, które podnoszą przemianę materji i pobudzają czynność wydzielniczą nerek. Kombinuje to leczenie często z preparatami łożyskowemi. Oba te środki mają wpływać korzystnie na procesy utleniania, a zwłaszcza na przemianę białka. W przypadkach wzmożonego parcia krwi stosuje upust krwi. Na wewnątrz podaje brom. Jeśli oddech jest przyśpieszony a równocześnie wzmożone parcie w kanale rdzeniowym, zaleca nakłucie lędźwiowe. U osób młodych stosował z dobrym skutkiem eupawerynę.

Profilaktyka zdaniem autora jest rzeczą najważniejszą, a spełni ona należycie swe zadanie, jeżeli w czasie ciąży lub przynajmniej od chwili pojawienia się pierwszych objawów cierpienia, zagwarantujemy kobiecie stałą i należytą pomoc.

K. B. (Lwów).

Ciała białkowe w moczu kobiet cierpiących na rzucawkę porodową. *N. J. EASTMAN.* (Baltimore, Md.). Amer. Journ. of. Obst. a. Gyn. V. XXII. Nr. 5.

Autor poświęcił szczególną uwagę ilości albumin i globulin w moczu i wzajemnego ich stosunku. Jako materjał służył mu mocz 21 kobiet, z których 9 cierpiało na rzucawkę porodową, 4 znajdywały się w okresie przedrzucawkowym, 6 cierpiało na przewlekłe zapalenie nerek, 2 zaś na *„nephrosis"* będące powikłaniem ciąży. Badania te przekonały autora, że ciała białkowe wydzielane w rzucawce porodowej zawierają bardzo wiele globulin, których stosunek do albumin wyraża się jak 3: 0.

Zapalenie nerek i chroniczne cierpienia nerek będące powikłaniem ciąży zmienia stosunek ten na 6.7 dla zapaleń i 13.3 dla spraw chronicznych. Zdaniem autora zwiększone ilości globulin w moczu chorych na rzucawkę są wynikiem zwiększonej przepuszczalności naczyń włosowatych, towarzyszącej tym cierpieniom.

Wiślański (Lwów).

Eklampsja, zapobieganie i leczenie zapomocą ograniczenia dowozu płynów i odwadniania organizmu. ARNOLD FAY. Surg. Gyn. and Obst. sierpień 1932.

Autorowie omawiają zmiany anatomiczne w mózgu spostrzegane sekcyjnie przy eklampsji, podkreślając znaczny obrzęk. Płyny hipotoniczne wprowadzone dożylnie powodują wzrost ciśnienia śródczaszkowego, hipertoniczny zaś *(Magn. sulf.)* spadek ciśnienia. Wzrost dowozu wody u epileptyków usposabia do napadów, przeciwnie zaś przez odwodnienie można uzyskać znaczne zmniejszenie się ilości natężenia napadów. Spostrzeżenia anatomiczne i operacyjne wykazały podobieństwo zmian mózgowych przy eklampsji do zmian spotykanych przy *stat. epilept., hypertonia essential.* połączonej z konwulsjami, przy ostrej uremji, obrzękach alkoholicznych. Te spostrzeżenia stanowią teoretyczną podstawę metody leczenia stosowanej i polecanej przez autorów. W części klinicznej dzielą autorowie omawiane przypadki na trzy grupy:

a) stany pre-eklamptyczne miernego nasilenia, b) groźne stany pre-eklamptyczne z powikłaniami ze strony nerek lub bez nich, wreszcie c) eklampsja z drgawkami.

Do grupy pierwszej zaliczają chore z objawami nadciśnienia, białkomoczu, z obrzękami kończyn, bólami głowy i z zaczynającemi się zaburzeniami wzrokowemi. Postępowanie w tych przypadkach polegało przedewszystkiem na zmierzeniu ilości dobowej moczu i regulacji dowozu płynów w ten sposób, aby ilość wprowadzona nie przewyższała ilości płynów wydalanej z moczem. Odwodnienie przeprowadzano przez codzienne małe dawki *Magn. sulf.* Pokarm podawano co 3 godziny. W grupie 2-ej, obejmującej przypadki z wyraźnie zaznaczonemi objawami mózgowemi i zaburzeniami wzrokowemi, również ograniczano dowóz płynów, odwodnienie zaś przeprowadzano wstrzykiwaniami dożylnemi glukozy (50 cm^3 50% roztworu) co 4—6 godzin w miarę potrzeby. Poza tem stosowano również *Magn. sulf.* W razie braku poprawy w ciągu 15—30 godzin robiono nakłucie lędźwiowe oraz upust krwi. Trzecia grupa obejmuje pacjentki, u których wystąpiły już drgawki. Tu stosowano podskórnie luminal, morfinę tylko wyjątkowo, wstrzyknięcie dożylne glukozy, nakłucie lędźwiowe (45—100 cm^3 płynu).

Wstrzymanie zupełne płynów najmniej przez 27 godzin. Ze względu na bardzo dobre wyniki autorowie polecają ten sposób postępowania i uważają, że eklampsja jest do opanowania tylko przez odpowiednią gospodarkę wodną ustroju.

Michałowski (Lwów).

Roztwór Lugola w leczeniu niepowściągliwych wymiotów w ciąży. FR. H. FALLS (Chicago, ILL.). Amer. Journ. of Obst. a. Gyn. V. XXII. Nr. 6.

Autor omawia 5 przypadków niepowściągliwych wymiotów w ciąży wyleczonych lawatywami z glukozy, alkoholu, bromu, sody i płynu Lugola. Opierał się on na tej podstawie, że bardzo często cierpienie to występuje równocześnie z nadmierną czynnością tarczycy.

Wiślański (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 25. maja 1932 roku.

Pokazy chorych.

1. Kol. P i k. *Przypadek zapalenia wielonerwowego.*

W dyskusji — Kol. F r e n k i e l zwrócił uwagę na zawód chorego, jest on tragarzem, u których często zdarzają się zapalenia wielonerwowe z powodu nadużywania alkoholu i zawodowego przeciążenia mięśni i nerwów. Kol. S m o l e ń s k i zapytał, czy u chorego nie było zaburzeń troficznych. Kol. K l o z e n b e r g zapytał, czy były zmiany przy badaniu prądem elektrycznym, bolesność punktów nerwowych i objawy rdzeniowe.

Kol. P i k odpowiedział, że demonstrowany przypadek należy do lekkich zaników i zmian odżywczych nie zauważył. Badanie elektryczne zmian nie wykazało. Punkty nerwowe były lekko bolesne.

2. Kol. kol. D y n k i e w i c z i F r e n k i e l wygłosili referat pod tyt. *„Herpes zoster"*. Praca ukaże się w druku.

W dyskusji — Kol. R e i c h e r zapytał, czy w przypadku *herpes zoster* śluzówki były wykwity na skórze.

Kol. H e l m a n (autoreferat) podnosząc z uznaniem referat prelegenta, obejmujący całokształt zagadnienia półpaśćca i bogaty materjał kazuistyczny, zapytuje, czy prelegent nie obserwował też przypadków *herpes zoster* na śluzówkach. Przypadki te nie są tak rzadkie, jakby to się zdawać mogło na zasadzie skąpych danych kazuistycznych. Podczas epidemji grypy w r. 1920 można było zaobserwować sporo przypadków półpaśćca migdałków i gardła, rozpoznawanych i traktowanych, jako *angina lacunaris*, lub ograniczona podśluzowa imbibicja włóknikowa, jakoby dla grypy charakterystyczna. W rzeczywistości były to przypadki *angina herpetica* i *herpes zoster pharyngis*. Kol. H e l m a n opisuje szczegółowo przypadek półpaśćca nosowo-gardłowego, obserwowany przed miesiącem u kolegi - laryngologa. Sprawie chorobowej towarzyszyły intensywne neuralgiczne bóle całej połowy twarzy, zwłaszcza w okolicy oka, ogólne osłabienie, zupełny brak apetytu obok kompletnej dysfagji, ciepłota podwyższona do 39°. Najsilniejsze narkotyki nie były w stanie uspokoić tych dotkliwych bólów. Badanie wykazało wykwit herpetyczny w górnej części gardła, za języczkiem, na rozpulchnionej zaróżowionej śluzówce pęcherzyk z obwódką czerwoną, prawa połowa nosa i gardła wypełniona masą włóknikową, powstałą naskutek zlania się kilku pęcherzyków, które zazwyczaj na śluzówce szybko otwierają się, zlewają i dają w rezultacie masy włóknikowe, przypominające swym wyglądem błonicę. Badanie nalotów wykazało obecność paciorkowca hemolizującego *(strept. haemolyt.)*. Po tygodniu sprawa zakończyła się zupełnem *restitutio ad integrum*. Najprawdopodobniej sprawa chorobowa powstała na tle trofoneurotycznem, lub też naskutek zaburzeń żołądkowo-jelitowych o charakterze toksycznym i przejawiła się w postaci półpaśćca II-ej gałązki n. trójdzielnego. W piśmiennictwie oto-laryngologicznem mnożą się w ostatnich zwłaszcza latach dość liczne kazuistyczne przypadki *„Herpes zoster oticus"*, jednostki nozologicznej, wyodrębnionej przez Koernera, a zbliżonej pod względem przebiegu klinicznego do opisanej przez Frankl-Hochwarta *„Polyneuritis cerebralis menieriformis"*. Przy tej sprawie chorobowej oprócz charakterystycznych wyprysków herpetycznych w okolicy muszli usznej i na skórze przewodu słuchowego występują też objawy porażenia nn. V, VI, obu gałązek nerwu VIII-go (n. ślimakowego i przedsionkowego) n. IX i X-ego. H a y m a n odróżnia 2 postacie półpaśćia: symptomatyczną i idjopatyczną. Przyczyną pierwszej są choroby zakaźne, zaburzenia przemiany materji lub schorzenia obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego. *Zoster idiopaticus* bywa zazwyczaj poprzedzony przez nagłe przeziębienie, anginę i t. d. i klinicznie występuje jako pierwotne porażenie rdzeniowych gangljów VII, VIII, IX i X nerwu czaszkowego.

Kol. K l o z e n b e r g przytoczył obserwowany przypadek *herpes zoster* po zastrzyknięciu alkoholu do *ganglion Gasseri.*

Kol. K r y s z e k obserwował przypadek, gdzie silne bóle u osoby starszej dały powód do przypuszczenia dusznicy bolesnej, a który okazał się później półpaśćcem.

Kol. D y n k i e w i c z *Herpes zoster* częściej pozostawia blizny, niż *herpes simplex*. Co do *herpes symptomaticus*, to niektórzy autorzy nie znają jego istnienia.

Kol. F r e n k i e l. *Herpes* śluzówki bez wykwitów na skórze istnieje, stoi on na pograniczu *h. zoster* i *h. simplex*. Przeziębienie uważać należy jako moment sprzyjający wystąpieniu zakażenia. Pora roku odgrywa rolę w występowaniu tego cierpienia. Często *h. zoster* występuje u osób starszych i ma przebieg uporczywy i przewlekły.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 8. czerwca 1932 roku.

Pokazy chorych.

1. Kol. D z i e r ż y ń s k i — przypadek *dysostosis cleidocranialis*, zespół niedorozwojowy kostny u 35 l. mężczyzny; cierpienie jest dziedzicznem, opisano w piśmiennictwie około 80 przypadków. Niedorozwój obojczyków, niezrośnięcie szwu czołowego, nadmierna ruchomość w stawach barkowych i biodrowych, wyrównanie prawidłowej lordozy kręgosłupa, niedorozwój dolnej części spojenia łonowego. Pokaz pacjenta i rentgenogramów.

2. Kol. F r e n k i e l zakomunikował zebranym o śmierci członka Honorowego Tow. znanego neurologa Dra F l a t a u a w Warszawie, omówiwszy w streszczeniu jego wybitną działalność naukową i społeczno-lekarską. Obecni uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie.

3. Lekarz weterynarji M. N e h r e b e c k i (jako gość) wygłosił referat pod tyt. *„Epidemjologja i profilaktyka włośnicy"* (ukazało się w druku w „Zdrowiu" 1932, nr. 15—16).

4. Kol. J. K o k o t e k — *„Patologja ogólna i klinika włośnicy"*; ukaże się w druku.

W dyskusji — Kol. M a r z y ń s k i w r. 1897 obserwowano również epidemję włośnicy, która była opisaną. Kol. G l i k s m a n zapytał, czy objaw Kerniga, obserwowany przy włośnicy, nie jest rzekomym. W ostatnich czasach stosują prześwietlanie mięśni promieniami Roentgena jako środek pomocniczy w rozpoznawaniu włośnicy. Zapytał, czem wyjaśnić można powstawanie obrzęków. W leczeniu posługiwano się również salwarsanem. Kol. F r e n k i e l wspomniał obserwowany przypadek z objawami zapalenia mózgu, gdzie badanie krwi wzbudziło podejrzenie na włośnicę. Hiperleukocytoza i eozynofilja mają miejsce również przy zakażeniu bąblowcami *(echinococcus)*. Kol. S z y f m a n obserwował przypadek włośnicy w rodzinie lekarskiej u osoby neuropatycznej, wzmożona eozynofilia dopomogła w rozpoznaniu.

Kol. K o k o t e k i N e h r e b e c k i odpowiedzieli na poruszone w dyskusji kwestje.

5. Kol. G. F r i e d s t e i n wygłosił referat pod tyt. *„O leczeniu krwawnic zastrzykiwaniami chininy"*.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 15. czerwca 1932 roku.

Pokazy chorych.

1. Kol. N e u m a r k. *I. Przypadek trzeciorzędnej kiły gruczołów chłonnych, owrzodzenia i obrzęk gruczołów pachwinowych, dobry wynik po leczeniu swoistem.*

II. *2 przypadki rumienia obrączkowego odśrodkowego.*

III. *Zdjęcia fotograficzne przypadków choroby Oslera.*

2. Kol. D z i e r ż y ń s k i. Przypadek *exostosis multiplex osteogenica* — pokaz pacjenta i rentgenogramów kości. Liczne wyrośla kości długich, wykrzywienie kości przedramienia obustronne. Cierpienie rozpoczęło się w dzieciństwie, dziedzicznem nie jest.

3. Kol. K r y s z e k demonstruje przypadek *zwężenia zastawki dwudzielnej, obserwowany* od 3 lat u 41-letniego mężczyzny.

Schorzenie zastawkowe wystąpiło po anginie. Nie sprawia pacjentowi żadnych dolegliwości. Wydolność mięśnia sercowego całkowita. W przypadku zastanawia jakość i stałość objawów osłuchowych. A mianowicie, słyszalny jest trzeci, tak zwany protodiastoliczny ton. Już ten trzeci ton jest patognomiczny dla zwężenia zastawki dwudzielnej. Jeszcze bardziej charakterystycznym staje się obraz osłuchowy po 10 przysiadach. Występuje wówczas przejściowo szmer przedskurczowy z macalnem drżeniem w okolicy koniuszka. W kilka minut po przysiadach znika szmer przedskurczowy i znów występuje protodiastoliczny ton, utrzymujący się stale w spoczynku.

Przypadek ten może być traktowany jako przyczynek do wyjaśnienia mechanizmu powstawania szmeru przedskurczowego. Powstawanie jego w fazie, w której uprzednio był słyszalny protodiastoliczny ton, a więc ton powstający niewątpliwie w fazie rozkurczowej; wzajemne zastępowanie się szmerów — przemawia za rozkurczowem pochodzeniem szmeru przedskurczowego, a przeciw powstawaniu w fazie napięcia skurczowego.

W dyskusji kol. B e n d e r zauważył, że rozdwojenie drugiego tonu nie upoważnia jeszcze do rozpoznawania zwężenia zastawki dwudzielnej.

4. Kol. B e n d e r wygłosił referat p. t. *„O zawale mięśnia sercowego"*. Praca ukaże się w druku.

5. Kol. kol. W o ł k o w y s k i i Ś c i e s i ń s k i wygłosili referat: *„Omówienie przypadku tętniaka serca"*.

W dyskusji zabierali głos kol. G r y n b e r g i kol. K r y s z e k.

Kol. K r y s z e k podnosi praktyczną ważność zawału mięśnia sercowego i bogatą jego symptomatologję. To też podział referenta nie wyczerpuje zagadnienia. Nie uwzględniony w niej jest obraz chorobowy *epistenopericarditis*, występujący pod postacią zapalenia osierdzia zwykłego. Taki przypadek opisał, za Singerem, kol. Kryszek w „Pol. Gaz. Lek." w r. 1931 Nr. 38. Jak różnorodnem może być manifestowanie się schorzenia, świadczą przypadki, występujące pod obrazem *omarthritis*.

Sprawa ciśnienia podczas napadu bólowego zasługuje na specjalne omówienie. Kol. K r y s z e k obserwował w przypadku chorej p. F., która zmarła przed kilku dniami, w okresie bólowym wzrost ciśnienia z 180 do 260 mm Hg z tętnem do 120; a więc *„Hochdrucktachykardie"* niewątpliwie na tle podrażnienia presoreceptorów.

Leukocytoza, dochodząca do 20 tysięcy nie może być ścisłą granicą pomiędzy zwykłym, a zropniałym zawałem. Kol. Kryszek ostatnio obserwował przypadek z 22 tysiącami leukocytów, bez zropienia zawału.

W jednym z przypadków wystąpił — w okresie wstrząsu — białkomocz do 6‰, który po dniu ustąpił; w przypadku tym nie było żadnego schorzenia nerkowego — objaw bardzo rzadko spotykany.

Krzywa elektrokardjograficzna, decydująca niekiedy w rozpoznaniu, nie jest specyficznem wyrazem zawału, lecz schorzenia mięśnia sercowego (zakaźnego lub toksycznego pochodzenia), odpowiednio umiejscowionego.

Z leków: morfinę, ze względu na jej wagotropowe działanie należy kombinować z atropiną; adrenalina, choć podnosząca ciśnienie obwodowe i przeciwdziałająca wstrząsowi, może być ryzykowna dla naczyń wieńcowych; w pewnej mierze odnosi się to może i do jej pochodnych.

Rytm cwałowy może być bądź typu presystolicznego, naskutek uszkodzenia przewodnictwa przedsionkowo-komorowego; bądź typu protodiastolicznego, naskutek uszkodzenia mięśnia sercowego; związek z zawałem mięśnia sercowego jest tylko pośredni.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a n a u k o w e g o z dnia 17. maja 1932 roku.

Ciąg dalszy.

W dyskusji: Kol. M i c h a l s k i Z. (członek T-wa), (streszczenie własne).

Wysłuchanie omówienia klinicznego zagadnienia, — podanego przez tak doświadczonego lekarza, jak kol. Szczęsny Bronowski, jest wielce korzystne dla słuchaczy. Omawiany referat wymagałby prawie dla każdego zdania dyskusji. Pozwolę sobie dotknąć tylko paru ustępów referatu, które budzą we mnie pewne zastrzeżenia. 1. Prelegent w omawianiu rozpoznania skrytego zapalenia wsierdzia zlewa w jedną całość objawy zapalne wsierdzia z objawami niedomogi serca. Na takie stanowisko zgodziłbym się nie mógł. Istnieją całe etapy w przebiegu zapalenia wsierdzia, gdzie objawów niedomogi mięśnia sercowego stwierdzić nie można. 2. Co do znaczenia występującej czasowo niemiarowości w przebiegu choroby, którą prelegent chciałby uważać, jako objaw pomocniczy w rozpoznaniu — nie było określone, o jakiej — to niemiarowości była mowa.

Domyślać się można, że chodzi o niemiarowość ekstrasystoliczną. Wartość diagnostyczna i prognostyczna tej ostatniej niemiarowości jest dotychczas jeszcze przez różnych klinicystów bardzo różnie interpretowana. 3. Prelegent wspomniał, iż sprawa zapalna z reguły musi przechodzić z wsierdzia i osierdzia na mięsień sercowy — dając obraz *„pancarditis"*.

Na takie stanowisko, na podstawie obecnych danych anatomopatologicznych, a zwłaszcza histopatologicznych — zgodzić się nie można.

Prelegent nie poruszał wprawdzie etjologji zapalenia wsierdzia, ale w rzeczywistości obraz swoistego zapalenia mięśnia sercowego można stwierdzić tylko w niektórych, nielicznych przypadkach ostrego gośćca stawowego. Jeżeli chodzi o pozostałe sprawy chorobowe zakaźne i zapalne — to powodują one wyłącznie zmiany

zwyradniające mięśnia sercowego, przyczem ostre — przeważnie zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, przewlekłe — zwłóknienie mięśnia sercowego. Stosowanie nazwy zapalenia mięśnia sercowego — *„myocarditis"* — nie odpowiada istocie rzeczy.

Kol. Gorecki (członek T-wa) stwierdza, iż rozpoznawanie zapalenia wsierdzia pozazastawkowego jest bardzo trudne. Daje ono bowiem bardzo nieznaczne objawy kliniczne. Zespół objawów w utajonem zapaleniu wsierdzia świadczy o gorszej czynności serca, nie pozwala jednak rozpoznać właściwego cierpienia. Tylko powstanie skrzepliny, oderwanie się jej i zatory w narządach przy równoczesnem braku objawów właściwych zapaleniu wsierdzia zastawkowego wskazują na zajęcie wsierdzia ściennego. Następnie zwraca uwagę, że zmiany chorobowe mięśnia sercowego niewątpliwie wpływają na wszystkie jego właściwości.

Kol. Wąsowicz St. (członek T-wa), (streszczenie własne). Chorzy na przewlekłe skryte zapalenie wsierdzia są stosunkowo częstymi pacjentami przychodni przeciwgruźliczych, dokąd zgłaszają się z powodu utrzymującego się przewlekle stanu podgorączkowego. Rozpoznanie przewlekłego zapalenia wsierdzia jest bardzo trudne, gdyż wymaga wykluczenia innych przyczyn podniesienia ciepłoty. Stosunkowo najłatwiej jest wykluczyć gruźlicę, gdyż długotrwałe podniesienie ciepłoty świadczące o jakoby czynnej sprawie gruźliczej nie mogłoby pozostać bez innych objawów; to też nieobecność objawów fizykalnych, wyniki badania rentgenologicznego, bakterjologicznego i biologicznego pozwolą na wykluczenie gruźlicy.

Poważnem poparciem rozpoznania skrytego zapalenia wsierdzia po wykluczeniu innych spraw przebiegających z podniesieniem ciepłoty jest zespół objawów: czynnościowe zaburzenia układu krążenia, o których wspominał prelegent; przewlekłe stany zapalne w migdałkach, oraz przebyte napady lub przewlekły stan zapalny wyrostka robaczkowego.

Leczenie tych spraw posiada więc dla lekarza przychodni doniosłe znaczenie praktyczne. Proponowane przez doc. Bronowskiego leczenie długotrwałem leżeniem w łóżku trudne jest do zastosowania, gdyż chorzy na przewlekłe zapalenie wsierdzia skryte nie są pozbawieni zdolności do pracy, a więc do łóżka kładą się bardzo niechętnie. Sądzę, że zapewnienie ich o zupełnym powrocie do zdrowia z wymienieniem terminu, jak długo muszą pozostawać w łóżku, mogłoby pozwolić na przeprowadzenie kuracji zalecanej przez doc. Bronowskiego.

Pozwolę więc sobie zadać pytanie, korzystając z wieloletniego doświadczenia prelegenta, jak długo należy pozostawiać w łóżku chorych na przewlekłe skryte zapalenie wsierdzia.

Kol. Kowalski W. (członek T-wa) ostrzega przed zbyt pochopnem rozpoznawaniem zapaleń wsierdzia u osób bardzo młodych, zwłaszcza zajmujących się sportem. Zwraca uwagę na niepomyślny przebieg zapaleń wsierdzia u ludzi z dobrze rozwiniętym układem mięśniowym (np. atletów). Omawia działanie i znaczenie leżenia w leczeniu ostrych zapaleń wsierdzia.

Kol. Moczarski W. (członek T-wa) uważa, iż w zapaleniach wsierdzia zmiany zajmują często i inne tkanki serca. W rozpoznawaniu rozstrzygają: spostrzeganie chorego w czasie leżenia i badanie morfologiczne (leukocytoza) i posiewy krwi. Te ostatnie mają znaczenie dla leczenia szczepionkami. Trzeba również próbować leczenia preparatami koloidalnemi srebra i t. p.

Kol. Mikułowski W. (członek T-wa), (streszczenie własne): wypowiada opinję, że dyskusja nad leczeniem spraw zapalnych wsierdzia zależeć powinna od pojęć, jakie mamy o sile mięśnia sercowego i o jego rytmie. Powtarzany zwrot o t. zw. „wzmocnieniu serca i jego czynności" czyto przez podanie naparstnicy, czy też stosowanie leżenia w łóżku — zdaje się wskazywać na to, że uważamy za celowe działać leczniczo na mięsień sercowy, jako na źródło siły i rytmu serca. Tymczasem należałoby uwzględnić fakt, że w świetle kryzysu, jaki dziś nauka o sercu przebywa — i siła mięśnia sercowego i jego rytm czerpią swoje źródło nie w sercu, ale w przemianie materji i to w przemianie wodnej ustroju ludzkiego, który w dwu trzecich składa się z wody. Ciśnienie 150 mm rtęci w aorcie jest niewystarczające do zaopatrzenia ustroju w krew. Serce nie jest motorem, ani regulatorem. Działanie więc lecznicze na mięsień sercowy zdaje się być bezcelowe. Motorem ruchu i siły jest przemiana materji. Rytm serca jest częścią ogólnego rytmu całego układu naczyniowego — i znajduje wzmocnienie swojej fali perystaltycznej w przedsionku prawym od hormonu przyniesionego krwią żylną z wątroby. Jakiekolwiek będą losy teorji Mendelsohna nie ulega wątpliwości, że dawna teorja Harvey'a została podkopana i nie da się utrzymać. W świetle nowych poglądów na rolę serca i jego rytmu — rozumiemy, że i leczenie serca i naczyń sercowych — które są tylko jednym z systemów kanalizacyjnych krążących w ustroju soków — zależeć winno od uwzględnienia działania leczniczego na całą gospodarkę wodną. Środki lecznicze działają na wątrobę, której rola w gospodarce wodnej jest tak ważna, — działają również na serce — stąd ważna rola krenoterapji w leczeniu spraw sercowych. W przypadkach bezskutecznego działania naparstnicy — należy uciekać się do diuretyny, a jeżeli ta zawodzi, do jodku potasu, ponieważ i diuretyna i jodek potasu, odciągając wodę z tkanek — podniecają krążenie krwi i działają leczniczo na serce przez swój wpływ na gospodarkę wodną tkanek całego ustroju.

Kol. Orłowski W. (członek T-wa), (streszczenie własne): zaznacza, iż jest bardzo trudno rozpoznać skryte ostre zapalenie wsierdzia. Nie różni się ono objawami klinicznemi od ostrego zapalenia mięśnia sercowego, o ile w przebiegu cierpienia nie zjawią się zatory w narządach i tkankach. One kierują rozpoznanie na właściwą drogę. Również trudno rozpoznać przewlekłe skryte zapalenie wsierdzia. Może ono oprzeć się na obecności właściwego czynnika wywołującego dolegliwości ze strony serca i na gorączce, dla której nie znajdujemy innej przyczyny. Jednak i tu rozpoznanie nie będzie pewne, jeżeli nie wystąpią zatory lub zawały. Rozpoznawanie *ex juvantibus*, oparte na zastosowaniu metody leczniczej w postaci długotrwałego leżenia, także nie jest pewne, gdyż w całym szeregu cierpień przebiegających z gorączką lub stanami podgorączkowemi bardzo często spokój i wypoczynek wywierają dodatni wpływ leczniczy. Oczywiście, w takich razach jest korzystniej dla chorego rozpoznać zapalenie wsierdzia. Nie można nigdy oznaczyć czasu trwania leczenia, gdyż zapalenie wsierdzia może trwać miesiącami i dłużej. Tak długo jest trudno utrzymać chorego w łóżku.

Kol. Bronowski S. (członek T-wa) sądzi, iż badania doświadczalne dostatecznie dowiodły zależności zmian mięśnia sercowego od nadciśnienia krwi. Rozpoznanie skrytego zapalenia wsierdzia jest trudne. W pomyślnym razie ujawnia się ono podniesieniem ciepłoty, dla którego nie znajdujemy wykładnika w innych narządach, sinicą, dusznością i niemiarowością tętna. Czasu trwania leczenia zapalenia wsierdzia nie można przewidzieć. Tylko dokładne spostrzeganie, stan serca i stan ogólny chorego rozstrzygają o długości jego trwania. Z dobrym wynikiem stosował salicylany, urotropinę a nawet cylotropinę. Przestrzega przed wstrzykiwaniami dożylnemi w zapaleniach wsierdzia (wstrząs).

Dok. nast.

Towarzystwo Lekarzy Polaków na Śląsku.

Posiedzenie naukowe z dnia 22. października b. r. w sali posiedzeń kliniki wewnętrznej w Katowicach.

Przewodniczący: Dr. Nowak.

Prokurator Dr. Nowotny wygłosił wykład pod tytułem *„Nowy Kodeks Karny a stan lekarski"*, w którym omówił obszernie najważniejsze zmiany zawarte w nowym kodeksie karnym w stosunku do ustaw dawniej obowiązujących. Po odczycie wywiązała się obszerna *dyskusja*, gdzie w szczególności wskazano na pewne sprzeczności zachodzące pomiędzy nowym kodeksem karnym a nową ustawą o praktyce lekarskiej.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. Stefan Strzemieński.

W dniu 7 listopada 1932 r. zmarł nagle dr. Stefan Schoengut-Strzemieński, prezes Izby Lekarskiej w Krakowie.

Ś. p. Strzemieński urodził się dnia 19 listopada 1863 r. jako syn lekarza w Bochni i skończył szkołę średnią w Tarnowie. Ukończywszy studja lekarskie, otrzymał w dniu 9 lipca 1887 r. dyplom lekarski na uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, poczem przez 4 lata pracował w klinikach i szpitalach wiedeńskich, specjalizując się z zakresu otolaryngologji. W tym czasie oraz później ogłosił z tej dziedziny kilka prac w języku polskim i niemieckim. Ś. p. dr. Strzemieński nie znalazł jednak w pracy naukowej należytego ujścia dla swego temperamentu i bardzo wcześnie poświęcił się pracy społecznej, która Go więcej pociągała, którą umiłował i która dawała mu pełnię zadowolenia z wykonywania dobrowolnie przyjętych, nieraz przykrych, a zawsze trudnych obowiązków. Wybrany w r. 1902 do Zarządu Izby Lekarskiej, pełni początkowo przez 7 lat obowiązki sekretarza Izby, a następnie od r. 1909 stale ponownie wybierany Prezydentem Izby, piastuje tę godność przez lat 23, aż do ostatniej chwili Jego życia.

Ś. p. Zmarły brał czynny udział w organizowaniu naczelnych władz Izb lekarskich w Warszawie pełniąc tam od ich ukonstytuowania się obowiązki pierwszego wiceprezesa Naczelnej Izby Lekarskiej. Do Naczelnej Izby Lekarskiej wniósł nietylko dorobek najstarszego samorządu lekarskiego krakowskiej Izby Lekarskiej, lecz także młodzieńczy zapał dla spraw społecznych, niepospolite zalety umysłu, wykwintną formę w dyskusji i swą osobistą kulturę, która Mu bardzo ułatwiała kontakt z kolegami i najwyższemi władzami. W tym też charakterze brał żywy udział w tworzeniu pierwszej polskiej ustawy o praktyce lekarskiej, o ustroju Izb lekarskich oraz szeregu innych ustaw tyczących się stanu lekarskiego. Zawsze czujny rzecznik stanu lekarskiego i bojownik samorządu lekarskiego mimo podeszłego wieku brał udział we wszystkich konferencjach, nie stroniąc od częstych podróży do Warszawy i połączonych z tem niewygód, starał się natychmiast zwalczać w zarodku zakusy czynników wrogich stanowi lekarskiemu i na tem polu położył dla zawodu lekarskiego olbrzymie zasługi. Jako prezes Krakowskiej Izby Lekarskiej i jej reprezentant nazewnątrz umiał wywalczyć dla Izby należne stanowisko, a swą znajomością wszystkich spraw tyczących się stanu lekarskiego, wysokiem poczuciem etyki zawodowej, subtelną kulturą i wykwintnym taktem zjednywał sobie Zmarły zawsze sympatję wśród najbliższego otoczenia i kolegów. Mimo, że zajmował się praktyką lekarską oraz pracą w Kasie Chorych jako specjalista laryngolog, zawsze znalazł czas na życie zawodowe, które wypełniało mu nieraz lwią część dnia, na umiłowania artystyczne, gdyż był utalentowanym muzykiem i przez szereg lat bardzo czynnym prezesem Towarzystwa Muzycznego, a wreszcie na to, by zawsze chętnie służyć młodszym kolegom radą we wszystkich zawiłych zagadnieniach życia zawodowego, które w Jego ujęciu stawały się zaraz bardzo proste i niezwykle jasne.

Był członkiem Zarządu Związku Lekarzy P. P. oraz Związku Lekarzy Kas Chorych i nie można było sobie wyobrazić żadnego posiedzenia bez Jego obecności i bez Jego rady. Pracował wreszcie w Towarzystwie Otolaryngologicznem, którego był prezesem przez kilka lat.

Po wybuchu wojny światowej pracował w N. K. N., organizując z pełnem poświęceniem pomoc sanitarną dla Legjonów, za co też później został odznaczony orderem Polonia Restituta.

Ś. p. dr. Strzemieński był jednym z inicjatorów tworzenia Kas zapomogowych dla wdów i sierót po lekarzach, a uzyskawszy podstawy prawne w ustawie o ustroju Izb lekarskich i nie chcąc, by wdowy i sieroty po lekarzach korzystały tylko z dorywczej ofiarności Izby lekarskiej, stworzył na terenie Krakowskiej Izby Lekarskiej wzorową Kasę wzajemnego ubezpieczenia lekarzy.

Mając przed oczyma dobro całego stanu lekarskiego, dążył ś. p. dr. Strzemieński jako prezes Izby do połączenia się Związku Lekarzy P. P. ze Związkiem Lekarzy Kas Chorych i doczekał się tego tuż przed Swą śmiercią.

W pracy żmudnej i wytężającej był dla młodych kolegów wzorem prawości charakteru, pedantycznej obowiązkowości i młodzieńczego zapału dla poświęcenia się pracy społecznej i służbie obywatelskiej, którą umiał pogodzić z rozległą praktyką i wyczerpującą pracą w Kasie Chorych. Niestety nie zdążył spełnić wszystkiego, co zamierzał, gdyż śmierć zabrała Go nagle z posterunku, na którym trwał od szeregu lat, wywołując nietylko głęboki żal u wszystkich Jego najbliższych współpracowników, lecz u ogółu lekarzy Izby, oraz naczelnych władz lekarskich.

Cześć Jego pamięci jako lekarza, obywatela, patrjoty i kolegi!

Dr. M. Ciećkiewicz.

Odezwa.

Komitet Organizacyjny XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu czyni usilne starania w tym celu, by Zjazd ten nabrał charakteru Sejmu naukowego Polski, gdzie wszystkie gałęzie ścisłej wiedzy i jej zastosowań byłyby reprezentowane.

Rozrastająca się coraz pomyślniej Ojczyzna nasza jako potęga światowa nakłada na polskich uczonych zaszczytny obowiązek zbiorowej, harmonijnej współpracy tak, by w ogólnym wyścigu pracy Nauka polska nie pozostała w tyle.

Takim dniem godowym, dniem przeglądu dorobku naszego za okres ostatnich czterech lat, winien być nasz XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich, który odbędzie się w Poznaniu w dniach 12—15 września 1933 r.

Protektorat nad Zjazdem raczył najłaskawiej objąć Pan Prezydent Rzeczypospolitej Polski Prof. Dr. Ignacy Mościcki.

My pracownicy na niwie nauk przyrodniczych i lekarskich przyczyńmy się do wielkiego dzieła, któreby godnie mogło świadczyć o rozroście Nauki Ojczystej. Niech obcym otworzy oczy na jej prospektywne znaczenie, a nas podnieci do rozwijania jej prospektywnej mocy.

Zgodnie z życzeniem Stałej Delegacji Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich zwracamy się z apelem do wszystkich towarzystw przyrodniczych, lekarskich, farmaceutycznych, weterynaryjnych, rolniczych i leśniczych w kraju, by ich Walne Zebrania, przypadające na rok 1933 odbyły się w ramach Zjazdu w charakterze jego sekcyj.

Wszystkie bez wyjątku dziedziny nauk przyrodniczych winny być na Zjeździe reprezentowane.

Niech nie braknie nikogo z pośród pracowników naukowych!

Niech Zjazd nasz będzie prawdziwem Świętem Nauki Polskiej!

Komitet Organizacyjny.

Prof. Dr. *Adam Karwowski*, Przewodniczący Komitetu, 27 Grudnia 18. Prof. Dr. *Jan Grochmalicki*, zast. przewodniczącego, Libelta 14. Prof. Dr. *Antoni Jakubski*, sekretarz grupy sekcyj przyrodniczych, Libelta 13. Prof. Dr. *Karol Jonscher*, sekretarz grupy sekcyj lekarskich, Marji Magdaleny 3.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Prof. Adam Karwowski prezes 14-tego zjazdu lekarzy i przyrodników polskich odznaczony niedawno komandorją i gwiazdą orderu św. Sawy, udekorowany został krzyżem komandorskim nowego orderu jugosłowiańskiej korony nadanego mu przez króla Aleksandra za zasługi na polu zbliżenia naukowego obu bratnich narodów.

Na miejsce po drze Flatau, ordynatorze oddziału neurologicznego w szpitalu na Czystem, zgłosiło się 7 kandydatów. Największą ilość głosów jury otrzymał dr. Władysław Sterling, docent uniwersytetu warszawskiego. Kandydatura ta wymaga zatwierdzenia magistratu m. Warszawy.

Uroczysta Akademja ku czci dr. med. profesora Seweryna Sterlinga odbyła się w Łodzi 27. XI. b. r. w sali Rady Miejskiej staraniem Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego. Program: Dr. med. pułk. Stefan Rudzki: Działalność naukowa Dra Seweryna Sterlinga. — Dr. med. Czesław Wroczyński: Działalność społeczno-lekarska Dra Seweryna Sterlinga. — Dr. med. Antoni Tomaszewski: Seweryn Sterling jako obywatel. — Dr. med. Henryk Kryszek: Prof. Seweryn Sterling jako nauczyciel.

Zmarli.

Dr. Czesław Jakubowski w Poznaniu, dyrektor Kasy Chorych m. Poznania i Komisarz Kasy Chorych w Lesznie.

Dr. Sojka Ludwik, pułk.-lek. emeryt w Toruniu.

Dr. J. G. Gelehrter, lek. Kasy Chorych w Tłumaczu.

Ruch w Towarzystwach lekarskich i Zjazdy.

Poznań. W niedzielę 20. XI. b. r. odbyło się uroczyste zebranie Wydziału Lekarskiego P. T. P. N., na którem wygłosił wykład prof. dr. M. Michałowicz z Warszawy p. t.: „Rola czynników śródustrojowych w patogenezie zapalenia płuc.

Posiedzenie Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się 22. XI.: Szper J.: Wyniki leczenia niektórych zespołów naczyniowych nowemi metodami operacyjnemi (sympatektomja okołotętnicza, wycięcie tętnicy, wycięcie nadnercza, sympatektomja lędźwiowa). — Michałowicz M.: Rola czynników wewnętrznych w patogenezie zapaleń płuc u dzieci. — Przesmycki F.: Procesy odpornościowe i seroterapja w płatowem zapaleniu płuc. — Loth E.: Badanie odmian mięśniowych na ludziach żywych (pokaz kinematograficzny).

LXI. posiedzenie Warszawskiego Koła Radjologów poświęcone chorobom płucnym odbyło się 25. XI. Porządek dzienny: Zawadowski W.: Wnęki nowotworowe w obrazie radjologicznym. — Werkenthin M.: Wnęki prawidłowe i patologiczne w obrazie radjologicznym. — Mesz N.: Ropnie płuc. — Kryński B.: Z kazuistyki rozpoznań płucnych u dzieci.

Paryż. 7 i 8 października b. r. odbył się tu III. zjazd poświęcony chirurgji reparacyjnej, plastycznej i estetycznej. Pokazy i odczyty pochodziły z Anglji, Brazylji, Belgji, Czechosłowacji, Francji, Hiszpanji, Italji, Niemiec, Rumunji, Portugalji, U. S. A. Wiele miejsca zajęła chirurgja nosa i sutka. Jako materjału najlepszego do przeszczepów w chirurgii nosa używano najczęściej chrząstki z żebra operowanego, jest to zresztą materjał ulubiony w ostatnich latach; mimo to Maliniak (New-York) i Coelst (Bruksela) wskazywali na częste skrzywianie się przeszczepionej chrząstki i polecali kość słoniową. Przy bardzo dużych przerostach sutka polecano amputację z następowem wolnem przeszczepieniem brodawki z otoczką (Dartignes, Paryż); Madureira (Lizbona) opisał wolne przeszczepianie brodawki z otoczką z mężczyzny, dawcę znajduje na podstawie badania grup krwi. W sprawozdaniu zjazdowem znajdujemy szereg innych ciekawych pokazów. Péri (Alger) usuwa guzowatość nosa nożem diatermicznym, dzięki czemu unika większego krwawienia i uzyskuje blizny mało widoczne. Uranga (Madryt) stosuje wyrwanie nerwu przeponowego jako I. akt operacji doszczętnej przy bardzo wielkich przepuklinach, których nie można odprowadzić; udaje się to często po porażeniu przepony i zwiększeniu się pojemności jamy brzusznej. Pires (Rio de Janeiro) operuje zmarszczki na grzbiecie ręki podobnie jak na twarzy. Campos (Rio de Janeiro) usuwa dzioby po ospie kombinowanemi sposobami: przyżeganiem, sublimatem, skaryfikacją i naświetlaniem promieniami pozafiołkowemi; leczenie bardzo mozolne trwa 8—14 miesięcy i daje wyniki zadowalające.

Medycyna społeczna.

Pawilon dla gruźlików. Tow. Przeciwgruźlicze w Sosnowcu zdając sobie sprawę z anormalnych stosunków w szpitalnictwie gruźliczem na terenie Zagłębia, postanowiło z własnych funduszów wybudować pawilon dla gruźlików. Pawilon ten stanie przy szpitalu na Pekinie, na placu Tow. Hr. Renard. Plac ten zakupiło miasto. Koszta budowy pawilonu wyniosą około 80.000 złotych. Pawilon pomieści 50 łóżek.

Ubezpieczenia społeczne. Dochody wszystkich instytucyj ubezpieczeń społecznych w Polsce, a więc Kas Chorych, ZUPU, funduszu bezrobocia, oraz ubezpieczeń od wypadków, — wyniosły w roku 1931 — 589.160 tysięcy złotych, z czego na składki, płacone przez pracodawców i pracowników przypada 493.822 tysiące złotych. Wydatki instytucyj ubezpieczeniowych w 1931 roku wyniosły 574.589 tysięcy złotych, z czego na świadczenia dla ubezpieczonych przypada 461.671 tysięcy złotych. W porównaniu z rokiem 1930 dochody wszystkich instytucyj ubezpieczeń społecznych, działających na obszarze Rzplitej, zmniejszyły się w 1931 r. o 46.887 tysięcy złotych. Powodem spadku wpływów jest zmniejszenie się stanu zatrudnienia oraz redukcja wynagrodzeń, służących za podstawę wymiaru składek ubezpieczeniowych. Największe obniżenie dochodów ze składek nastąpiło w zakładzie ubezpieczenia od wypadków we Lwowie oraz w Kasach Chorych. Nadwyżka dochodów nad wydatkami wyniosła w roku 1931 — 14.570 tysięcy złotych, gdy w 1930 roku przewyższyła 44 miljony złotych. Wydatki instytucyj ubezpieczeniowych w roku 1931 zmniejszyły się w porównaniu do wydatków w 1930 r. o 17.305 tysięcy złotych. Wydatki na świadczenia dla ubezpieczonych zmniejszyły się o 24.945 tysięcy zł., ale równocześnie wzrosły wydatki na administrację i odpisy składek nieściągniętych o 7.639 tysięcy złotych. Liczba osób ubezpieczonych we wszystkich instytucjach w Polsce wyniosła w 1931 r. — 4,646.499 osób. Prowizoryczne zestawienia za dotychczasowy okres 1932 roku wykazują dalszy spadek dochodów i liczby osób ubezpieczonych.

Tępienie wola. Badania w szkołach niemieckich w latach 1924—1930 wykazały w okolicach górskich wysoki odsetek wola do 73%. Zastosowanie w celach zapobiegawczych jodu w postaci tabletek albo też jako t. zw. „sól pełną“ dało już dobre wyniki. W Polsce powstała komisja do spraw wola przy Państw. Szkole Higjeny; największe nasilenie wola stwierdzono w Województwie krakowskiem; szersza akcja znajduje się w okresie organizacji.

Nosiciele duru brzusznego w stanie New-York pozostają pod kontrolą służby zdrowia. W r. 1931 dołączono do 244 dawniej rejestrowanych, 31 nowych nosicieli duru brzusznego i 2 duru rzekomego (23 kobiet i 10 mężczyzn). 18 z nich spowodowało 24 zachorowań. Poza zmarłymi wykreślono z listy 5 po dokonaniu wycięcia pęcherzyka żółciowego i negatywnym wyniku badania na nosicielstwo.

Różne.

Ministerstwo Op. Sp. zdecydowało znikę Taksy aptekarskiej 15% od receptury i 10% na naczyniach. Zarządzenie to odpowiadać będzie ogólnej tendencji obniżania cen. Ministerstwo opracowuje nową taksę aptekarską, której ogłoszenie nie nastąpi przed upływem 3 miesięcy.

Na posiedzeniu Towarzystwa Medycyny Sądowej w Paryżu (10. X. 1932) omówił L. Ribeiro z Brazylji zagadnienie wykonywania zabiegów operacyjnych wbrew zgodzie pacjenta czy też jego rodziny wtedy, gdy uważa się je za konieczne dla ratowania życia pacjenta i opisał dwa takie przypadki (przepuklina uwięzgnięta, zap. wyrostka rob. z zap. otrzewnej oba wyleczone zabiegiem operacyjnym). W dyskusji panowała rozbieżność w ocenie legalności takich zabiegów.

Masowe zatrucia arszenikiem w marynarce handlowej francuskiej po użyciu wina czerwonego pochodzenia hiszpańskiego. Wkońcu kwietnia 1932 r. ukazały się w prasie paryskiej wzmianki, według których na pokładzie kilku okrętów handlowych francuskich zachorowało zgórą 300 oficerów i marynarzy z załogi tych okrętów naskutek używania wina pochodzenia hiszpańskiego w ilości około jednego litra dziennie. W tym samym czasie przyjęto w Hamburgu do Szpitala Instytutu Medycyny Zwrotnikowej 6 marynarzy z francuskiego okrętu handlowego „Montauban“ z objawami skórnemi, które prof. Mühlens rozpoznał wkrótce jako typowe dla zatrucia arszenikiem. (Deutsche med. Woch. 1932. Nr. 22).

Marynarze ci zachorowali przed 6—8 tygodniami z objawami zaburzeń ze strony narządu trawienia, po których wystąpiła na skórze wysypka *(dermatitis exsudativa)*, zabarwienie ciemno-brunatne, albo sine skóry na fałdach, pod pachami, w łokciu, pod kolanami etc., wreszcie objawy neuralgiczno-neurytyczne z zaburzeniami czucia oraz silne łzawienie. W winie, używanem przez marynarzy, wykryto znaczne ilości arszeniku i kwasu siarkawego (we Francji stwierdzano po 3—12 mg arsenu w litrze wina). Należy sądzić, że domieszka arsenu do wina pochodzi z polewania gron winnych rozczynami, używanemi do zwalczania pasorzytów w winnicach, a zawierających siarczan miedzi i połączenia arszenikowe; kwas siarkawy może również przedostawać się do wina z okazji siarkowania beczek do wina: możliwe jest również, iż dodawany do wina cukier zawierał arsen. Z literatury znane jest takie masowe zatrucie winem w Tulonie i jego okolicy w r. 1888 (500 zachorowań, 15 zgonów), oraz masowe zatrucie piwem w Liverpoolu w r. 1901 (6.000 zachorowań, 70 zgonów po użyciu piwa, zawierającego arsen, który pochodził z cukru kartoflanego, otrzymywanego z krochmalu kartoflanego za pośrednictwem kwasu siarczanego z zawartością arsenu).

Komunikaty.

W Krakowie ukonstytuował się pod przewodnictwem Prof. Dra J. Latkowskiego, Komitet Wydawniczy II. tomu Patologji Ogólnej ś. p. Prof. Dra Karola Kleckiego. Do Komitetu weszli koledzy oraz długoletni współpracownicy ś. p. Zmarłego: Prof. Dr. M. Gieszczykiewicz, Prof. Dr. J. Kostrzewski, Dr. St. Karasiński, Prof. Dr. J. Olbrycht, Prof. Dr. K. Pelczar, Doc. Dr. St. Skowron, Dr. Z. Zakrzewski. Komitet przygotował już do druku pozostawiony przez ś. p. Zmarłego w rękopisie II. tom podręcznika Patologji Ogólnej, który obejmuje sprawy pasorzytne i zakaźne, łącznie z nauką o zapaleniu i gorączce. Druk książki, która wyjdzie nakładem Bratniej Pomocy Medyków U. J. już się rozpoczął i pierwsze arkusze opuściły już prasę. Wszelkich bliższych wyjaśnień udziela Sekretarz Komitetu Dr. St. Karasiński, Kraków, ul. Kopernika 15. Klinika Lekarska.

Od Redakcji.

Red. P. G. L. otrzymuje tygodnik lekarski wydawany w Buenos Aires p. t.: „El Dia Médico“. Jeśliby ktoś z PP. Kolegów zechciał pismo to przeglądać i umieszczać krótkie referaty w „P. G. L.“, prosimy o porozumienie się z Redakcją.

Redakcja otrzymała.

H. Runge: Krwawienia i upławy. Tłum. Dr. Jerzy Kipman, Warszawa 1932.

L. Ombrédanne: Précis clinique et operatoire de chirurgie infantile. Masson 1932.

M. Arthus: Précis de chimie physiologique. Masson 1932.

H. Higier: Der Arzt und die Heilkunst. Odb. z „Sbornyk po psychonewrologyy“. Rostow.